RAPPORT ANNUEL 1986-87

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Sherbrooke, le 30 juin 1987

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame la Ministre,

Au terme de la quatorzième année d'opération du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie et conformément aux dispositions de l'article 41 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5), nous avons le plaisir de vous déposer le rapport annuel des activités pour l'année se terminant le 31 mars 1987.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION,

Denise Lalancette

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Albert Painchaud

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE DES SIGLES 3

MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL 5

LES PRIORITÉS RÉGIONALES 1987-90 9

ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE EN ESTRIE 23

1986-87 EN BREF 31

- Quelques faits saillants 33
- Reproduction du bulletin "Les Dernières nouvelles" 38

LES ÉTATS FINANCIERS 183

ANNEXES 205

- La carte socio-sanitaire de l'Estrie 206
- Les établissements publics et privés 207
- L'organigramme 211
- Le conseil d'administration 212
- Les commissions 213
- Le personnel 219

LEXIQUE DES SIGLES

CA:	Conseil d'administration
CAH:	Centre d'accueil d'hébergement
CAR:	Centre d'accueil de réadaptation
C-CAH:	Commission des centres d'accueil d'hébergement
C-CARPHM:	Commission des centres d'accueil de réadaptation pour personnes handicapées mentales
C-CARPM:	Commission des centres d'accueil de réadaptation pour personnes mésadaptées
C-CH:	Commission des centres hospitaliers
C-CLSC:	Commission des centres locaux de services communautaires
CH:	Centre hospitalier
CISS:	Commission des immobilisations des services sociaux
CLSC:	Centre local de services communautaires
CRA:	Commission régionale des achats
CRE:	Centre de réadaptation Estrie
CRSSSE:	Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie
CSSE:	Centre de services sociaux de l'Estrie
DSC:	Département de santé communautaire
Loi:	Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5)
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ:	Office des personnes handicapées du Québec

MOT DU DIRECTEUR GENERAL

MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

1986-87 fut marquée, entre autres, par deux événements importants dans le réseau estrien de la santé et des services sociaux. En effet, en février 1987 aboutissaient les travaux entrepris depuis déjà deux ans en vue de définir et d'arrêter des priorités régionales. Cette opération qui, dès le début, voulait favoriser un rapprochement et une collaboration accrue de toutes les parties impliquées soit des directions d'établissements, des intervenants, des représentants de groupes et d'organismes communautaires et des citoyens, a débouché sur une concertation très grande particulièrement lors du Forum sur la santé en Estrie, le 19 septembre 1986.

1986-87 s'est aussi voulue une année de rapprochement avec la population et la communauté dans plusieurs secteurs d'intervention dont la santé mentale. Le CRSSSE compte intensifier son action dans cette voie et ainsi permettre un rapprochement mieux articulé et plus constant entre la population et le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Et l'avenir? Dans la foulée du dossier des priorités régionales, le CRSSSE compte, à court et moyen terme, privilégier trois moyens d'action soit la planification globale et stratégique, l'implication communautaire et les communications. Dans cette avenue, le CRSSSE fera une première percée dès l'automne 1987 alors qu'il tentera de rejoindre l'ensemble de la population de l'Estrie par le biais d'une parution dans le quotidien La Tribune. Le CRSSSE fera alors état des orientations d'actions retenues pour l'Estrie pour les prochaines années ainsi que de la situation financière précaire de l'Estrie par rapport au reste du Québec au chapitre du partage des ressources et ce, malgré une excellente performance des établissements de notre région.

LES PRIORITES REGIONALES 1987 – 90

LES PRIORITÉS RÉGIONALES 1987-90

Après deux ans de travaux en collaboration avec les établissements de santé et de services sociaux, les intervenants du réseau estrien, la population et les représentants des groupes communautaires, le Conseil d'administration du CRSSSE a identifié douze problématiques sur lesquelles il s'investira de façon particulière au cours des trois prochaines années. Cette décision constitue la première phase d'une démarche conduisant à l'élaboration d'objectifs et de programmes en santé physique, mentale et psychosociale.

Les douze problématiques retenues en Estrie pour 1987-90 (et ce, dans l'ordre de priorité énoncé ci-après):

1. Les problèmes de santé mentale,
2. Les difficultés d'accomplissement des rôles parentaux,
3. Les problèmes reliés aux conflits dans le couple,
4. L'alcool et les drogues,
5. Le chômage et les problèmes reliés à la pré-retraite et à la retraite,
6. Les problèmes reliés au manque d'autonomie,
7. L'isolement de certains groupes sociaux,
8. Les maladies cardio-vasculaires,
9. La violence physique et les abus sexuels,
10. Les accidents et traumatismes,
11. Les tumeurs et cancers,
12. Les maladies respiratoires.

L'ordre de priorité retenu ne constituera pas nécessairement l'ordre chronologique des interventions, celles-ci devant tenir compte à la fois de l'état d'avancement des travaux selon les différents secteurs, de la faisabilité de certains projets et des opportunités de réalisations de certains dossiers à des moments donnés.

La réalisation concrète des douze priorités régionales devra, évidemment, s'opérer à la fois dans le secteur de la santé physique, de la santé mentale et de la santé psychosociale en plus de favoriser des interventions sur les causes des problèmes et non uniquement sur les effets. La promotion de la santé, la prévention, la protection de la santé et la réadaptation devront être encouragées. Le milieu naturel comme lieu privilégié de vie sera mis en valeur ce qui nécessitera une emphase sur les services à domicile et les services d'accompagnement dans la communauté; sera également encouragée l'autonomie chez l'individu et la famille. Le CRSSSE favorisera davantage la reconnaissance et le soutien aux groupes et organismes communautaires. Un effort important sera fait pour augmenter l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en diminuant les différentes barrières géographiques, économiques, temporelles et psychologiques.

PLUS DE 600 CITOYENS, PLUS DE 100 GROUPES COMMUNAUTAIRES, PLUS DE 125 INTERVENANTS DU RÉSEAU ET 42 ÉTABLISSEMENTS ONT ÉTÉ CONSULTÉS!

Ces choix ont reçu un accueil majoritairement favorable tant de la part des groupes et organismes communautaires que des établissements de notre région ainsi que de la part des participants au Forum sur la santé en Estrie en septembre 1986.

Ils sont issus à la fois des données disponibles concernant chaque problématique tant au niveau démographique, épidémiologique, demandes de services, etc. et aussi d'une vaste consultation réalisée auprès des établissements de santé et de services sociaux de notre région ainsi qu'auprès de la population estrienne.

Au niveau de la population, les groupes socio-communautaires de même que le citoyen estrien ont eu droit au chapitre. Ainsi, plus de 100 représentants des groupes socio-communautaires ont exprimé leurs avis lors de sept colloques de MRC tenus au printemps 1986. De plus, un sondage scientifique avec un échantillon pris au hasard de la population a été effectué auprès de 1000 citoyennes et citoyens des sept MRC de l'Estrie.

Ce sondage a remporté un vif succès puisque plus de 600 citoyens et citoyennes y ont répondu, ce qui dépasse de beaucoup le taux habituel de réponse pour ce genre d'opération.

Les avis de quarante-deux établissements de santé et de services sociaux que ce soit le Centre de services sociaux de l'Estrie, les centres d'accueil de réadaptation, les centres d'accueil d'hébergement, les centres hospitaliers et les centres locaux de services communautaires ont été recueillis. D'abord, dans le cadre d'une tournée s'étant déroulée au printemps 1986, chaque comité de direction a été invité à exprimer, d'une part, ses préoccupations quant à ses clientèles proritaires mais aussi à réagir quant à l'ensemble des problématiques du réseau tant au plan de la santé physique, mentale que psychosociale. Également au printemps 1986, huit "table de consultation" ont regroupés 125 professionnels et intervenants des diverses catégories d'établissements du réseau estrien des affaires sociales afin d'entendre leurs opinions sur les problématiques et les clientèles prioritaires en Estrie.

Les conclusions de ces travaux concordent avec les grandes tendances de ceux réalisés tant au plan provincial, national qu'international que ce soit par le Conseil des Affaires sociales et de la Famille, le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé et Bien-être Canada, l'Organisation mondiale de la santé, etc. Elles concordent aussi avec les finalités et les objectifs proposés tout récemment par la Commission Rochon dans son rapport intitulé "Quelques pistes de réflexion".

UN GRAND MOMENT DE CONCERTATION: LE FORUM SUR LA SANTÉ EN ESTRIE

Enfin, toute l'opération a débouché sur le "Forum sur la santé en Estrie", le 19 septembre 1986. À cette occasion, sous le thème "L'Estrie en santé, c'est notre affaire!", les 200 participants étaient invités à:

° formuler leurs commentaires sur la démarche et les conclusions du dossier "Les priorités régionales 1987-90;

° identifier les interventions prioritaires parmi l'ensemble des douze problématiques soulevées compte tenu des ressources nécessaires, du contexte actuel et des travaux en cours;

° proposer des moyens pour donner suite à l'opération en terme de contribution de chacun et de mécanismes de suivi.

L'événement fut un succès important tant par la participation que par la qualité des discussions, des recommandations et de la volonté d'action des participants. Ce fut un grand moment de concertation sur les priorités régionales en matière de santé et de services sociaux autant de la part des directions d'établissements, des professionnels et intervenants que des représentants des organismes et groupes communautaires.

Le tout s'est déroulé sous la présidence de madame Denise Lalancette, la présidente du Conseil d'administration du CRSSSE, et a regroupé plus de 200 représentants d'établissements de santé et de services sociaux ainsi que de groupes et d'organismes communautaires de l'Estrie.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour sa part, a manifesté un intérêt marqué pour toute l'opération "Priorités régionales" et l'a démontré par une importante participation au Forum sur la santé en Estrie. Entre autres, M. Raymond Carignan, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la Santé, et M. Paulin Dumas, le sous-ministre adjoint à la Direction générale des programmes de Services sociaux, se sont tous deux impliqués dans le déroulement de la journée.

M. Carignan s'est, pour sa part, adressé aux participants sur l'heure du dîner tandis que M. Dumas, dans son allocution de clôture, s'est montré des plus favorable et intéressé à l'opération "Priorités régionales" et à ses résultats.

POURQUOI LES DOUZE PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES?

Comme, pour les trois prochaines années, les travaux, les décisions et les énergies du CRSSSE seront consacrés prioritairement aux douze problématiques prioritaires retenues, il est de première importance que celles-ci soient axées près des besoins et des problèmes réels et les plus pressants de la population de l'Estrie. Il devient intéressant alors de connaître davantage l'état de situation et les phénomènes justifiant ce choix ainsi que l'ampleur des problématiques et leur impact sur la qualité de vie de la population estrienne.

Les problèmes de santé mentale ressortent en priorité tant par l'ampleur du phénomène que par les impacts négatifs qu'ils provoquent chez l'individu concerné et ses proches. Les établissements de même que les organisations du milieu nous ont fait valoir l'importance de cette problématique et sa présence dans toute la région et pour la majorité des groupes d'âges.

Les difficultés d'accomplissement des rôles parentaux apparaissent comme deuxième priorité dans un contexte de communication parents-enfants des plus difficiles et à une période où ni l'autorité imposée, ni le laisser-faire nuisible ne sont des références efficaces en matière d'éducation familiale.

Alors que plus du tiers des mariages célébrés en 1986 se solderont par une rupture et que le nombre de personnes seules avec enfants à charge est à la hausse et ce, à un niveau record, **les problèmes reliés aux conflits de couple** occupent le troisième rang dans l'échelle des priorités; pensons aux impacts sociaux de toutes ces ruptures, particulièrement sur l'équilibre familial et considérons le peu de place que nous avons jusqu'ici accordé à cette problématique pour comprendre finalement qu'il y a définitivement lieu d'agir face à ce problème en terme de prévention, d'accompagnement et de support.

La consommation excessive d'alcool, de drogues et de médicaments constitue un quatrième palier d'intervention à une époque où d'abord le phénomène de consommation en général est à son paroxysme et où ensuite la culture nord-américaine nourrit l'illusion d'un bonheur d'occasion accessible dans une composition chimique ou un fluide éthylique.

Difficulté majeure pour un grand nombre de citoyens, **l'inactivité économique** sous toutes ses formes (chômage, pré-retraite et retraite, dépendance financière, etc.) constitue en soi un générateur de problèmes. Malgré la complexité du phénomène et l'ampleur de ses causes au plan national et international, il ne faudra pas oublier au cours des prochaines années le phénomène de la pauvreté qui s'y rattache. Les services de santé et services sociaux ont certes à prendre en considération ce phénomène qui apparaît au cinquième rang de nos priorités.

Sous le vocable **"problèmes reliés au manque d'autonomie"**, nous retrouvons, comme sixième problème, l'ensemble des difficultés reliées au handicap permanent ou temporaire limitant l'activité du citoyen et, de ce fait, créant un déséquilibre par rapport à ses habitudes de vie habituelles.

Au septième rang, apparaît une problématique plus nouvelle, soit le phénomène **de l'isolement** touchant d'abord les personnes âgées et ensuite des familles vivant principalement en zone périphérique. Le fait de se sentir isolé des autres démobilise le citoyen et l'installe dans une dépendance néfaste pour sa santé mentale avec des répercussions au plan physique et social. Nos consultations nous ont fréquemment éveillés à cette difficulté, un cauchemar pour de plus en plus de concitoyens vivant à domicile, dans un contexte de solitude et d'abandon.

Viennent ensuite les **maladies cardio-vasculaires**, premier tueur nord-américain et principal emblème des mauvaises habitudes de vie des québécois. C'est le huitième problème dans lequel on nous invite à investir pour le futur tenant compte qu'il s'agit là d'une problèmatique où les moyens d'agir tant en prévention, en soins, qu'en réadaption sont bien connus et reconnus efficaces pour la population.

Par la suite, arrive le phénomène décrit par de nombreuses associations et groupes communautaires, un mal qui se répand et dont les média témoignent régulièrement, soit **la violence physique et les abus sexuels.** Mentionnons à ce titre que les établissements sont de plus en plus conscientisés au phénomène par le biais des urgences et des consultations indirectement reliées à cette problématique. Révélateur d'une frustration et d'un sentiment d'impuissance, le comportement violent et agressif a été appris, comme on l'a mentionné, au même titre que peut être apprise une attitude plus sereine et respectueuse des droits et libertés des autres.

Au dixième rang viennent **les accidents et traumatismes** divers qui surviennent sur la route, au foyer et au travail et, de plus en plus, dans les loisirs associés aux véhicules récréatifs. Ces accidents sont non seulement responsables de perte de vie et de productivité bien sûr, mais aussi de handicaps temporaires et permanents, particulièrement chez les jeunes.

Au onzième rang et de façon tout aussi importante, se classent **les tumeurs et cancers** qui affectent de nombreuses familles estriennes et sur lesquels il est essentiel de poursuivre nos efforts de recherche, de support et d'accompagnement. Associées à plusieurs facteurs, ces problématiques qui se situent au deuxième rang des causes de la mortalité estrienne méritent qu'on y consacre davantage d'énergie pour les prochaines années.

En dernier lieu, se retrouvent **les maladies respiratoires**; la haute fréquence de ces maladies et la restriction permanente ou temporaire d'activités qui en découle en font une problèmatique importante. Même si elles touchent principalement les jeunes et les personnes âgées, les maladies respiratoires constituent un problème de tous les âges.

LE SUIVI APPORTÉ AUX PRIORITÉS RÉGIONALES

Dans le but d'initier rapidement la phase II du dossier des "Priorités régionales 1987-90" et de s'engager le plus tôt possible dans des interventions concrètes en vue de les réaliser, le CRSSSE a demandé, en mars 1987, à cinq équipes de travail de préparer et de lui proposer des plans d'action au niveau des cinq priorités suivantes:

- la santé mentale,
- les difficultés d'accomplissement des rôles parentaux et les problèmes reliés aux conflits dans le couple,
- le chômage,
- l'isolement des anglophones,
- les maladies cardio-vasculaires.

De façon générale, les cinq plans d'action devront contenir les éléments suivants:

- la définition de la problématique;
- l'inventaire des services déjà en place;
- les objectifs visés: l'énoncé de chaque objectif devra donner des précisions sur:
  - la population visée,
  - la zone d'application du programme (territoire, milieu de vie, ...),
  - la nature de la situation désirée,
  - l'échéancier;
- les solutions proposées: il s'agit ici des moyens (activités, services, etc.) propres à assurer la réalisation des objectifs;

- les ressources humaines, matérielles et financières requises pour supporter les solutions proposées;

- les modalités organisationnelles (répartition des rôles, mécanismes de coordination, etc.) propres à assurer la réalisation des objectifs;

- les critères qui permettront d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs.

Quant à elles, les équipes de travail seront composées de personnes en provenance soit du Centre de services sociaux de l'Estrie, des centres d'accueil de réadaptation, des centres d'accueil d'hébergement, des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires et de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ainsi qu'en provenance de plusieurs groupes et organismes communautaires de l'Estrie dont La Cordée transit de jour, l'Association des parents et amis des malades mentaux, la Ligue de la protection de l'enfance, Parents anonymes, l'Action communautaire alternative Estrie, Élixir, l'Association des Townshippers, l'Aide communautaire de Lennoxville et des environs, Le Pavillon de l'Estrie et le Centre de santé des femmes. Pourront aussi y être présentes des personnes de l'Office des personnes handicapées du Québec, des ministères de la Justice, de l'Éducation, de la Main- d'oeuvre et Sécurité du revenu et du Comité de protection de la jeunesse en plus des milieux syndical et patronal ainsi que des Offices diocésains de la famille et de la pastorale sociale et du personnel du CRSSSE.

D'autre part, comme les travaux reliés à la problématique "l'alcool et les drogues" sont plus avancés, un comité permanent de concertation régionale a été mis en place. Celui-ci est composé à la fois de personnes provenant du Centre de services sociaux de l'Estrie, des centres d'accueil de réadaptation pour personnes mésadaptées, des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires et du Département de santé communautaire (CHUS) ainsi que de personnes issues d'organismes privés et communautaires. Ce comité devra contribuer à l'élaboration d'un plan de mise en oeuvre de la programmation régionale arrêté par le CRSSSE en février 1987. De plus, il contribuera à la coordination des activités prévues au programme et collaborera au suivi et à la mise à jour du modèle d'organisation des services dans l'Estrie.

Au chapitre de la violence et des abus sexuels à l'endroit des femmes, la Table régionale à la condition de vie des femmes mise en place par le CRSSSE revisera les recommandations formulées dans le plan d'action déjà arrêté par le CRSSSE en 1986. Les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers, les centres d'accueil d'hébergement, les centres d'accueil de réadaptation pour personnes mésadaptées, le Département de santé communautaire (CHUS), le Centre de services sociaux de l'Estrie et la Villa Marie-Claire ont tous un représentant à cette table en plus des quatre personnes provenant du Conseil du statut de la femme, de La Passerelle, de L'Escale et du Centre de santé des femmes ainsi qu'un membre du Conseil d'administration du CRSSSE.

LES ORIGINES DU DOSSIER DES PRIORITÉS RÉGIONALES

Ce dossier remonte à avril 1985 au moment où le Conseil d'administration du CRSSSE manifestait la volonté d'asseoir à l'avenir ses décisions et ses travaux sur une planification globale plus solide faisant référence, de façon plus systématique, à des services ou à des clientèles prioritaires. Il voulait, du même coup, associer davantage les établissements de santé et de services sociaux ainsi que la population à cette démarche.

C'est avec l'aide d'un comité aviseur, formé de représentants des diverses catégories d'établissements ainsi que ceux de la communauté estrienne, que la démarche a été entreprise. De plus, en octobre 1985, un groupe de travail, constitué de représentants du Centre de services sociaux de l'Estrie, du Département de santé communautaire (CHUS) et du CRSSSE, a été mandaté pour mener à bien l'opération et formuler des recommandations au Conseil d'administration du CRSSSE.

Depuis, sous le thème "Problèmes de santé et problèmes sociaux en Estrie, défis présents et futurs", le CRSSSE a effectué, à partir d'un état de situation des principaux problèmes en matière de santé physique, mentale et psycho-sociale, une vaste consultation à la fois de la population et des 42 établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie. Cette

opération devait conduire notre région à identifier les problèmes régionaux, ses orientations, ses priorités et ses axes de développement pour les prochaines années au chapitre des problèmes de santé et des problèmes sociaux ainsi qu'à préciser le mécanisme de suivi conséquent à la démarche entreprise.

EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE EN ESTRIE

ÉVOLUTION DE LA SITUATION BUDGÉTAIRE EN ESTRIE

SERVICES À LA POPULATION AFFECTÉS

Depuis plusieurs années et particulièrement depuis 1981-1982, les établissements de l'Estrie se sont vu imposer par le ministre de la Santé et des Services sociaux des réductions budgétaires importantes. En mai 1986, le CRSSSE décidait de procéder à une étude sur l'évolution de la situation budgétaire des établissements de l'Estrie de 1981-1982 à 1986-1987 inclusivement. Cette étude démontre de façon évidente que les décisions prises par le MSSS durant cette période ont contribué à appauvrir la région de l'Estrie. Cet appauvrissement se reflète nécessairement sur les services à la population.

LE SECTEUR SOCIAL

Au cours des sept dernières années, l'ensemble des établissements du secteur social ont dû absorber 5 092 375 $ de compressions budgétaires dont 3 136 233 $ sous forme de résorption de déficits accumulés. L'effort qu'ont dû consentir les établissements est donc très important compte tenu que ces compressions ont été effectuées sur une base budgétaire totale de 37,1 millions en 1981-1982 pour les 28 établissements du secteur social de la région.

APPAUVRISSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE L'ESTRIE

L'analyse des données des quatre dernières années révèle que notre région a pris du recul par rapport au reste du Québec en absorbant 1,1 million de dollars des compressions budgétaires soit 4,91% du total des compres-

sions imposées par le MSSS depuis 1982-1983 alors que le budget de ces mêmes établissements ne représentait qu'environ 3,6% du budget provincial pour ces catégories d'établissements.

Ce recul de la région de l'Estrie a eu inévitablement un impact plus important sur les services à la population en Estrie que dans le reste de la province. Face à l'ampleur des coupures budgétaires, les établissements concernés ont principalement été dans l'obligation de prioriser les clientèles qu'ils devaient desservir et parfois même de réduire le volume de services rendus aux bénéficiaires.

LES CENTRES D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT PUBLICS

Les centres d'accueil d'hébergement publics quant à eux ont subi depuis 1981-1982 des compressions de 850 000 $ incluant la résorption des déficits accumulés. Le MSSS pour sa part a injecté depuis l'année 1985-1986, 1 300 000 $ de développement au titre de l'alourdissement des clientèles, ce qui laisse un développement net pour cette catégorie d'établissements de 450 000 $ alors que les principaux besoins identifiés prioritaires par les établissements sont de 3 500 000 $ pour l'alourdissement des clientèles, 430 000 $ pour la psychiatrie extra-hospitalière, 515 000 $ pour les centres de jour et 310 000 $ pour le développement des services spécialisés.

LES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

Les compressions et les résorptions de déficit qui ont été imposées aux CLSC de la région de l'Estrie depuis 1981-1982 s'élèvent à 600 000 $. Par ailleurs, le MSSS avait préalablement injecté 690 000 $ en budget de développement entre 1977 et 1980. On constate donc que ces développements ont vite disparu avec l'arrivée des compressions budgétaires des

années subséquentes. Le réseau des CLSC de notre région se retrouve donc aujourd'hui à toute fin pratique au même point qu'au milieu des années 1970, puisque les quelques dollars de développement alloués par le MSSS depuis les dernières années ne sont pas significatifs par rapport aux besoins identifiés par les CLSC qui sont de l'ordre de 3 500 000 $ comprenant des programmes d'organisation communautaire, de santé mentale et de maintien à domicile des personnes handicapées physiques et des personnes âgées.

LE CENTRE DE SERVICES SOCIAUX

Le CSSE a aussi subi sa part de compressions depuis 1981 puisque 710 000 $ de coupures lui ont été imposés sur un budget total de 6 700 000 $ en 1981-1982. Même si le CSSE a bénéficié au cours des trois dernières années d'environ 325 000 $ de développement, celui-ci a été consenti presque exclusivement par le MSSS pour le secteur des familles d'accueil; ceci explique assez facilement pourquoi le CSSE a dû prioriser les clientèles qu'il desservait, ce qui s'est traduit inévitablement par une réduction du niveau de services dispensés et donc une augmentation des listes d'attente dans plusieurs des programmes dispensés par cet établissement. Ceci explique assez aisément que le total des demandes de développement présentées au MSSS par le CSSE pour l'année 1987-1988 s'élève à 2 500 000 $, entre autre pour le secteur de la protection de la jeunesse.

LES CENTRES D'ACCUEIL DE RÉADAPTATION

Cette catégorie d'établissements a été l'une des plus durement touchées depuis l'année 1981-1982 puisque les contraintes imposées ont été de 2 400 000 $ dont 1 675 000 $ de résorption des déficits accumulés sur une base budgétaire de 15 000 000 $ en 1981-1982.

Par secteur, la mésadaptation a dû réduire son rythme de dépenses de 1 115 336 $, l'inadaptation physique et mentale de 677 306 $.

Cette catégorie d'établissements n'a bénéficié d'aucun développement significatif depuis ce temps. Il n'est donc pas étonnant que le total des demandes de développement se chiffre à 5 000 000 $ pour l'année 1987-1988 comprenant des projets de toute nature tels que l'assistance éducative à domicile, deux centres de jour en inadaptation mentale, la réadaptation physique des personnes ayant une déficience auditive et la prise en charge des jeunes inscrits dans les centres d'accueil pour personnes mésadaptées socio-affectives.

L'écart entre le niveau de services que les établissements sont en mesure de dispenser et les services requis par les clientèles ne cesse en fait d'augmenter. Ainsi, les demandes de développement présentées au CRSSSE par les établissements du secteur social pour l'année 1987-1988 nous portent à croire que des injections de budget de l'ordre de 18 millions seraient nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles identifiées à ce jour pour le secteur social.

LE SECTEUR HOSPITALIER

L'ESTRIE EN RECUL

Pendant que l'ensemble des autres régions voyaient leur masse budgétaire augmenter de 47 millions, l'Estrie voyait la sienne diminuer de 2,5 millions.

En 1981-82 on dépensait au Québec 427,18 $ par personne en soins hospitaliers. En Estrie, cette dépense était de 411,39 $. Aujourd'hui, l'écart est encore plus prononcé.

Or, cette situation déjà peu avantageuse s'est détériorée au cours des dernières années:

- Nous avons reçu proportionnellement beaucoup **plus de contraintes** que les autres régions depuis 1981-1982 (11 millions soit 5,18% des contraintes totales).

- Nous avons reçu, proportionnellement **moins d'ajustements** budgétaires que les autres régions (3,28% des fonds alloués).

LA RÉGION DE L'ESTRIE IGNORÉE DANS L'ALLOCATION DES BUDGETS DE DÉVELOPPEMENT

Depuis 1981-82, l'Estrie n'a reçu, dans le secteur de la santé, que 520 000 $ sur les 106 millions qui ont été consentis à l'ensemble des régions, soit un maigre 0,5% des budgets de développement disponibles.

LA CONCERTATION EN ESTRIE

On peut établir à plus de 11 millions annuellement le montant dont sont privés les centres hospitaliers suite à ces décisions.

Pendant ce même temps, le CRSSSE et les établissements avaient recours à divers moyens pour dégager des fonds afin de maintenir et même d'améliorer les services jugés les plus prioritaires. Qu'on songe au regroupement de l'obstétrique et de la pédiatrie, l'intégration d'établissements, à l'utilisation de plus en plus importante d'une buanderie communautaire, à l'application maximale de tous les programmes d'économie d'énergie, au regroupement massif des achats de fournitures, etc.

PROFITABLE DE FAIRE DES DÉFICITS?

Les décisions prises par le MSSS durant les années 1981-1982 à 1985-1986 laissent croire que les régions où les établissements ont réalisé les plus gros déficits recevaient les plus importants ajustements budgétaires.

Pour sa part, la région de l'Estrie a toujours été très sensible au respect des directives du MSSS. Les déficits encourus par les centres hospitaliers furent donc faibles comparativement à l'ensemble de la province, soit environ trois fois **moins importants.**

OÙ EST L'ÉQUITÉ

Devant un constat aussi pénible où nous avons été pénalisés pour avoir oeuvré dans le sens des politiques gouvernementales, le CRSSS de l'Estrie a entrepris depuis près d'un an des actions devant conduire le MSSS à reconnaître cette situation et à la corriger dans le futur. Les résultat de notre étude furent communiqués par la présidente du Conseil d'administration et le directeur général du CRSSSE à la ministre de la Santé et des Services sociaux en août 1986.

Depuis cette rencontre, le MSSS a effectué une étude qui démontre la véracité de nos constatations à l'effet que notre région perde graduellement des masses budgétaires importantes. D'ailleurs, Madame Lavoie-Roux écrivait à Madame Lalancette, présidente du Conseil d'administration du CRSSSE, en date du 1er avril 1987 que les critères d'attribution des budgets 1987-1988 "seront imprégnés d'une équité inter-régionale".

EN

BREF...

QUELQUES FAITS SAILLANTS

- Une liste d'attente de plus de 100 cas à la Protection de la jeunesse malgré un sérieux effort de réduction de cette liste ...

- Les services de réadaptation aux jeunes mésadaptés socio-affectifs, un réseau qui tend à s'impliquer de plus en plus dans la communauté

- Révision des services de réadaptation: plus de 650 jeunes et adultes ayant un handicap intellectuel ont été évalués

- Les services de réadaptation en milieu scolaire (orthophonie, physiothérapie, ergothérapie): les besoins se font de plus en plus présents mais les ressources financières se font attendre ...

- Les services de réadaptation aux mères en difficulté d'adaptation demeurent les parents pauvres du réseau ...

- Alcoolisme et autres toxicomanies: on annonce la mise en place d'un nouveau centre d'accueil de réadaptation centré sur des services externes et présent dans tous les districts de CLSC

- L'Estrie se dote d'un système d'admission régional pour les clientèles en perte d'autonomie

- L'Estrie se dote d'un plan d'organisation de services dans le secteur de l'hébergement

- Le nouveau Foyer Sacré-Coeur de Magog ouvre ses portes, il aura coûté 4,1 millions

- Pour l'évaluation et l'admission des clientèles en besoin d'hébergement en pavillon, en centre d'accueil et en centre hospitalier: le CTMSP finalement appliqué par l'ensemble des établissements

° Les urgences: situation sérieuse dans certains centres hospitaliers

° Initiatives encouragées via le programme de santé communautaire:
- espaces sans fumée pour le réseau et les municipalités
- programme d'exercices pour les personnes âgées
- meilleure nutrition chez les futures mamans

° Les centres hospitaliers de Magog, d'Asbestos et Youville: des rénovations qui cadrent avec le rôle de ces hôpitaux

° Ressources médicales insuffisantes dans les villes frontalières de la MRC de Memphrémagog

° Les centres hospitaliers de l'Estrie: appauvrissement par rapport à l'ensemble du Québec

° Les plans d'effectifs régionaux et les plans d'organisations cliniques: combien de médecins avons-nous besoin en Estrie et dans chaque établissement?

° Centres hospitaliers Hôtel-Dieu et St-Vincent-de-Paul: de nouveaux efforts pour équilibrer le budget

° Les établissements de santé et de services sociaux de plus en plus à l'heure de l'informatique

° Le Centre hospitalier de Coaticook revoit sa vocation à la lumière des besoins de la population qu'il dessert et aménage ses locaux en conséquence

° Le Centre hospitalier Lac-Mégantic complète ses transferts budgétaires vers le CLSC Maria-Thibault

° Les fermetures de lits dans les centres hospitaliers à l'été 1986: moindres qu'en 1985, meilleure accessibilité mais lourdes en conséquences financières

- Le réseau des CLSC est parachevé: le district de Coaticook et celui du Memphrémagog sont enfin desservis par leur propre CLSC

- Ouverture d'un point de services du CLSC SOC à Rock Forest et d'un point de services du CLSC Fleur de Lys à East Angus

- Injection de 516 000 $ dans la MRC du Val-Saint-François pour les services aux adultes et aux personnes âgées

- Les centres d'accueil d'hébergement se partagent un budget de développement de 248 883 $ pour l'alourdissement des clientèles

- Un colloque sur la santé mentale pour les intervenants des CLSC de l'Estrie

- 47 baux actifs et 1 455 425 $ pour la location d'espace par les établissements du réseau des Affaires sociales

- Les approvisionnements en commun dans le secteur des Affaires sociales:
  - un volume de négociation de 16 millions;
  - des économies de plus de 2 millions en 1986-87;
  - 5 000 produits différents négociés;
  - implication de 150 spécialistes dans la démarche;
  - 44 établissements participants;
  - 12 ans d'existence.

- 581 900 $ alloués à des projets de construction reliés à la sécurité, vétusté et rénovations fonctionnelles dans 17 établissements du secteur social

- MRC du Val-Saint-François: le CRSSSE a accordé un budget de 350 000 $ pour les aménagements des quatre points de services du centre de jour pour personnes âgées et 120 000 $ pour les équipements

- 410 740 $ ont été octroyés en renouvellement d'équipements dans le secteur social et 863 408 $ pour les équipements d'informatique

° Effort insuffisant - Le réseau social ne peut consacrer que 1% de son coût de construction à l'entretien et à la rénovation des édifices

° Financement à la baisse, coûts à la hausse: à cause du nouveau mode de financement, l'Estrie se voit priver de 120 000 $ au chapitre des immobilisations et des équipements des centres hospitaliers dans un contexte de coûts à la hausse

° Sur des besoins exprimés de 17 millions de dollars, le CRSSSE accorde 1 175 074 $ pour l'achat des équipements médicaux spécialisés et pour les projets de construction (de moins de 1 million de dollars chacun)

° Sur des besoins régionaux estimés à 23 millions de dollars, trois centres hospitaliers se sont vu confirmer par le MSSS la réalisation de projets majeurs en sécurité- vétusté pour 4 millions de dollars

° Subventions de 29 430 $ au CHUS et de 200 000 $ à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke provenant de la péréquation provinciale pour l'acquisition d'équipements médicaux spécialisés

° Colloque sur le suicide: coordination et concertation améliorées

° Manque de financement pour les organismes communautaires - Le CRSSSE intervient

° La santé mentale: Priorité #1 en Estrie
- recrutement de médecins
- reconnaissance de nouveaux partenaires
- nouvel outil d'évaluation: grille N.Y.
- organisation des services (élaboration d'un cadre de référence)
- financement d'organismes communautaires:
  . la priorité des services sociaux à la Biennale

° La place des organismes au CRSSSE: un enjeu important

- 195 000 $ aux organismes de maintien à domicile
- 650 000 $ aux travaux communautaires sur deux ans
- La Table régionale de la Condition de vie des femmes se met à l'oeuvre
- 125 intervenants et intervenantes se parlent de la violence conjugale
- Les établissements de plus en plus à l'heure de la Condition de vie des femmes
- Le 8 mars fêté dans plusieurs établissements
- Deux CLSC unissent leurs efforts et leurs bourses = programme de formation "sur mesure"
- Les Estriens entre bonnes mains: nos ambulanciers (95%) participent à un rappel (formation continue) sur les techniques de réanimation cardio-respiratoire
- Depuis février 1986, près de 400 bénévoles de l'Estrie ont participé à des sessions de formation
- Initiative heureuse des établissements de Magog: le centre d'accueil, le CLSC et le centre hospitalier ont intégré ensemble leurs nouveaux membres de conseil
- Télé-Université au service des membres de nos conseils d'administration: seulement 23 membres en ont bénéficié!
- Plus de 200 cadres du réseau participent aux sessions de formation

"LES DERNIÈRES NOUVELLES", le bulletin d'information du CRSSSE

Cette année, le CRSSSE fait preuve d'innovation dans la production de son rapport annuel et vous reproduit les six numéros de son bulletin d'information "Les Dernières Nouvelles" couvrant les activités 1986-87. Ce bulletin d'information est tiré à 2500 exemplaires et est diffusé tant à travers le réseau régional des services de santé et des services sociaux qu'auprès des groupes et oganismes bénévoles et communautaires de l'Estrie intéressés au secteur des Affaires sociales et à certaines de ses problématiques. "Les Dernières Nouvelles" se veulent avant tout un outil d'information sur les décisions, les travaux et les activités du CRSSSE et font, entre autres, régulièrement état des dossiers traités au Conseil d'administraiton du CRSSSE. Son contenu se veut à l'image des préoccupations et des intérêts du CRSSSE et constitue, sans être exclusif, un sommaire intéressant des activités s'y étant déroulées durant l'année. Suivent donc les numéros suivants:

- Mai 1986, numéro 23,
- Juillet 1986, numéro 24,
- Octobre 1986, numéro 25,
- Janvier 1987, numéro 26,
- Mars 1987, numéro 27,
- Juin 1987, numéro 28.

LES DERNIERES NOUVELLES

MAI 1986, NUMÉRO 23

DÉPÔT LÉGAL, BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

SERVICES PÉDIATRIQUES DE LA MEILLEURE QUALITÉ DANS L'ESTRIE

Le conseil d'administration du CRSSSE a pris une position définitive, lors de son assemblée du 20 mars 1986, dans le dossier des services d'obstétrique et de pédiatrie dans l'Estrie et ce, suite à des travaux d'évaluation mis en place par le CRSSSE depuis plus d'un an en vue de faire le point sur l'état des services d'obstétrique et de pédiatrie et d'y faire éventuellement les ajustements nécessaires. En cours d'évaluation, treize parents insatisfaits nous acheminaient leurs plaintes qui ont été ajoutées aux autres éléments et types d'information devant être pris en considération dans cette évaluation.

Tout en maintenant le regroupement des services d'obstétrique et de pédiatrie effectué en janvier 1983, le CRSSSE, de concert avec les établissements, a sanctionné et pris les mesures nécessaires en vue de s'assurer de services pédiatriques de la meilleure qualité dans l'Estrie. Entre autres:

° au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), les parents pourront avoir le choix de leur pédiatre en autant que celui-ci ait demandé des privilèges de pratique à cet établissement, ce dernier s'engageant à donner ces privilèges aux quelques pédiatres ayant choisi jusqu'à date de ne pas pratiquer leur profession dans cet établissement;

° lorsqu'un enfant sera transféré de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke vers le CHUS, les deux médecins communiqueront entre eux, par téléphone, pour faire le point sur le cas et le médecin de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke enverra à son collègue du CHUS l'histoire du cas résumée ainsi que les résultats d'examens et d'analyses;

° les communications entre les parents, les professionnels et le personnel seront facilitées et au CHUS et à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke;

° au CHUS, les parents, à leur demande, ne seront pas tenus de se soumettre à la pyramide d'enseignement (étudiants, internes et résidents) et pourront ne rencontrer que le "médecin patron" s'ils le désirent.

De plus, afin qu'aucun doute ne subsiste quant à la qualité de la pratique médicale en pédiatrie au CHUS et à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, le conseil d'administration du CRSSSE demande à la Corporation professionnelle des médecins du Québec (cet organisme étant mandaté par la loi pour assurer la protection du public à ce chapitre) d'effectuer, dans les meilleurs délais, une enquête spéciale sur la qualité des actes médicaux visés par les plaintes concernant la pédiatrie et de faire part de ses recommandations à la fois aux deux centres hospitaliers concernés et au CRSSSE.

Les parents pourront également s'impliquer davantage et formuler leurs avis sur le fonctionnement des services pédiatriques en plus d'apprécier les résultats des mesures prises. En effet, un comité composé de parents et de représentants de l'établissement sera mis en place au CHUS et à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Le CRSSSE vérifiera, pour sa part, en septembre 1986, le degré de réalisation des mesures prises et évaluera, dans un an, le taux de satisfaction des parents.
Au chapitre de la période d'observation de 48 heures, le CRSSSE demande à tous les centres hospitaliers qui opèrent un service d'urgence d'adopter une politique et des critères d'inscription et de transfert pour l'observation pédiatrique et d'en faire part à la Commission des centres hospitaliers (C-CH) d'ici la fin mai 1986 pour étude et recommandation. Le conseil d'administration jugera alors s'il est opportun d'obtenir l'avis d'organismes extérieurs sur cette question. De plus, le CRSSSE maintient, pour l'instant, la règle du maximum de 48 heures en observation pédiatrique, en comptant que cette règle soit gérée avec intelligence et prudence. Le conseil d'administration rappelle que, lors du regroupement des services pédiatriques, il avait été convenu que tous les centres hospitaliers pourraient continuer de recevoir des enfants à l'urgence et, au besoin, de les garder sous observation, et ceci dans le but de favoriser l'accessibilité aux services. À cette même époque, et même si la tendance favorisait une limite de 24 heures, il avait été convenu, comme compromis, de fixer à 48 heures la durée maximum de l'observation. Enfin, il est notoire que la façon de soigner les enfants a beaucoup évolué au cours des dernières années. Ceci explique peut-être d'une part, que l'on rencontre encore certaines divergences de vue entre autres sur la question de l'observation pédiatrique.

LE REGROUPEMENT DES SERVICES

Comme solution à leur insatisfaction, des parents ont demandé l'aménagement de quelques lits dans un centre hospitalier du centre-ville. Le conseil d'administration rappelle qu'avant le regroupement, la plupart des services de pédiatrie n'étaient occupés qu'à la moitié de leur capacité. Or, il était reconnu que le fonctionnement de petites unités ne favorisait pas, d'une part, une qualité optimale de services et entraînait, d'autre part, des coûts excessifs. Le regroupement visait donc une organisation qui favorise des services de qualité à un coût raisonnable. Comme ces objectifs sont toujours valables, le CRSSSE estime que les mesures annoncées précédemment contribueront à améliorer les services en place et qu'il n'y a donc pas lieu d'en modifier l'organisation (regroupement).

HISTORIQUE

L'évaluation des services d'obstétrique et de pédiatrie dans l'Estrie a été effectuée en 1985, en collaboration avec la C-CH, et a porté sur deux années d'opéra-

(Suite à la page 6)

LES PRIORITÉS RÉGIONALES*

Sous le thème "Problèmes de santé et problèmes sociaux en Estrie, défis présents et futurs", le CRSSSE effectue présentement, à partir d'un état de situation des principaux problèmes en matière de santé (physique, mentale et psycho-sociale), une vaste consultation à la fois de la population et des 42 établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie et ce, depuis le 15 février dernier. Par la suite, le "Forum sur la santé en Estrie" réunira, le 19 septembre prochain, les représentants de la population, ceux des établissements, le MSSS et le CRSSSE.

Cette opération conduira notre région à identifier les problèmes régionaux, ses orientations, ses priorités et ses axes de développement pour les prochaines années au chapitre des problèmes de santé et des problèmes sociaux ainsi qu'à préciser le mécanisme de suivi conséquent à la démarche en cours.

CONSULTATION DE LA POPULATION

Au niveau de la population, les groupes socio-communautaires de même que le citoyen estrien ont eu droit au chapitre. Ainsi, plus de 200 représentants des groupes socio-communautaires ont exprimé leurs avis lors de sept colloques de MRC tenus entre les 11 mars et 2 avril dernier. De plus, un sondage scientifique avec un échantillon pris au hasard de la population a été effectué auprès de 1000 citoyennes et citoyens des sept MRC de l'Estrie. Ce sondage a remporté un vif succès puisque les questionnaires reçus totalisent 62.4% des envois initiaux, ce qui dépasse de beaucoup le taux habituel de réponse pour ce genre d'opération.

CONSULTATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES PROFESSIONNELS DU RÉSEAU DES AFFAIRES SOCIALES

Les avis des établissements du réseau estrien des Affaires sociales et ce, autant au niveau des directions que des professionnels, ont été recueillis. D'abord, chaque équipe de direction a pu exprimer ses avis lors d'une entrevue avec chaque établissement, cette tournée de rencontres s'étant déroulée du 20 février au 17 avril. Chaque comité de direction fut invité à traduire d'une part ses préoccupations d'établissement quant à ses clientèles prioritaires mais aussi à réagir quant à l'ensemble des problématiques du réseau tant au plan physique, mental que psycho-social.

De plus, le jeudi 24 avril, sept à huit "tables de consultation" se sont tenues, chacune traitant des problématiques ou des clientèles (0-14, 14-25, 25-64 et 65

et plus) et mettant en présence des professionnels de diverses catégories d'établissements afin de les entendre à partir d'une grille commune d'entrevue de groupe.

FORUM SUR LA SANTÉ EN ESTRIE

Enfin, toute l'opération débouchera sur le "Forum sur la santé en Estrie", le 19 septembre 1986. À cette occasion, tous ces participants seront invités à établir des consensus et à se concerter sur les problématiques prioritaires pour l'Estrie en matière de santé (physique, mentale et psycho-sociale) et sur les moyens concrets et réalistes susceptibles de les actualiser et ce, avant que le conseil d'administration du CRSSSE n'arrête ultérieurement ses priorités pour l'Estrie.

HISTORIQUE

En avril 1985, le conseil d'administration manifestait la volonté d'asseoir dorénavant ses décisions et ses travaux sur une planification globale plus solide faisant référence, de façon plus systématique, à des services ou à des clientèles prioritaires. Il voulait, du même coup, associer davantage les établissements de santé et de services sociaux ainsi que la population à cette démarche.

C'est avec l'aide d'un comité aviseur, formé des présidents(es) des commissions du CRSSSE et des représentants(es) des établissements uniques dans leur catégorie, de même que de représentants(es) de la communauté, que la démarche s'est entreprise.

En octobre 1985, un groupe de travail, constitué de représentants du CSSE (M. Martin Lemmens), du DSC/CHUS, (MM Robert Pronovost et Michel Carbonneau) et du CRSSSE (M. Pierre Roy), fut mandaté pour mener à bien l'opération et formuler, pour le 30 juin 1986, des recommandations. Ce groupe de travail prépare présentement la synthèse des commentaires formulés pendant l'opération. Il va sans dire que le matériel recueilli constituera un large éventail des problématiques retrouvées au plan tant physique, mental que psycho-social. On mettra de l'avant les aspects prioritaires qui ressortent des travaux en prenant bien soin de cerner concrètement les problèmes et de les faire ressortir tant selon les données statistiques que selon les perceptions des personnes consultées. À la mi-juin, le rapport préliminaire préparé pour le "Forum sur la santé" sera disponible pour les participants à cette vaste consultation régionale.

LES SERVICES PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DURÉE

Le conseil d'administration a mis fin, lors de son assemblée du 11 février dernier, au suivi financier qu'il maintenait sur les services psychiatriques de longue durée dispensées par l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke depuis 1980. Du même coup, tout en encourageant l'établissement à poursuivre l'amélioration de ses services à l'intérieur du budget prévu pour ce programme, il laisse à cet établissement le surplus non récurrent 1984-85 de 143 964 $; pour 1985-86, la totalité du budget consenti à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour la psychiatrie de longue durée sera utilisée. De plus, l'examen des coûts indirects réels révèle que leur importance est sensiblement similaire à celle prévue dans le budget initial. Enfin, les statistiques d'utilisation des services psychiatriques de longue durée font état d'une progression importante au cours des dernières années et prévoient un taux d'occupation de 86% en 1985-86 au chapitre de l'hospitalisation.

Cependant, une certaine incompréhension de certains aspects du programme et, plus particulièrement quant aux critères d'admission, se fait sentir. Afin de dissiper toute confusion et compte tenu de la vocation régionale du programme, le CRSSSE demande à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke de prévoir un programme d'information sur ses services psychiatriques de longue durée et de favoriser sa diffusion par des rencontres avec les centres hospitaliers et les autres établissements concernés et plus particulièrement avec les établissements de la périphérie.

SERVICES PÉDIATRIQUES DE LA MEILLEURE QUALITÉ DANS L'ESTRIE

(Suite de la page 3)

tion soit 1983-84 et 1984-85 tel que prévu par le conseil d'administration en mars 1983. L'évaluation réalisée a compris une étude des volumes d'activités, des coûts reliés à ces volumes, de l'organisation et du fonctionnement des services. Soulignons que, pendant ces deux années, 2 888 patients ont été reçus en observation pédiatrique et que les enfants hospitalisés ont totalisé 24 453 jours/présence.

* * * *
* * *

LA SANTÉ MENTALE, C'EST L'AFFAIRE DE QUI ?*

C'est sous le thème "La santé mentale, c'est l'affaire de qui?" que se déroulera, le 8 mai, le colloque régional sur la santé mentale. Cet événement important pour l'Estrie se tiendra à l'hôtel Le Baron de Sherbrooke de 9 h 00 à 17 h 00. Le coût d'inscription est de 25,00 $ (incluant le brunch); veuillez noter que la date limite d'inscription est le 1er mai. Votre établissement, votre milieu, y sera-t-il bien représenté?

Le CRSSSE est heureux de souligner que cette initiative semble correspondre à un goût réel d'implication des différentes catégories de professionnels et d'intervenants qui ont été invitées à participer à cette journée multidisciplinaire sans précédent. Avant même que le poster et le dépliant d'information (inscription) soient officiellement lancés, plusieurs personnes ont confirmé leur participation: un juge, des directeurs de la Sûreté du Québec (Estrie) et de la Sûreté municipale de Sherbrooke, des psychiatres, avocats, notaires, travailleurs sociaux, etc.

Rappelons que cette journée a été conçue comme une journée d'avancement communautaire plutôt que scientifique; les thèmes n'ont pas été choisis en fonction d'un auditoire de spécialistes, mais en relation avec des objectifs de démystification et de complémentarité inter- réseaux.

UNE JOURNÉE À MESSAGES...

En termes très courts, pour sortir la maladie mentale et la psychiatrie de l'asile de la honte et des préjugés, les artisans de la journée du 8 mai ont pris les grands moyens du médium-message.

C'est d'ailleurs un des messages qu'ont livré les grands responsables de cette journée, soit le CRSSSE, les psychiatres et les ressources alternatives en santé mentale de l'Estrie, lors de leur conférence de presse conjointe du 15 avril, où ils ont notamment dévoilé aux médias le poster et le dépliant d'information illustrés par Girerd, du quotidien La Presse.

Girerd a bien su saisir le thème de la journée en quelques coups de crayons et de pinceaux. Son dessin traduit l'ambivalence du malade et de la société face à la souffrance mentale: qui se voile le visage tout en tendant la main?

Soulignons que la conception et la composition du poster et du dépliant ont été rendues possibles grâce, notamment, à des contributions bénévoles du secteur privé. C'est d'ailleurs la chargée de projet du secteur "bénévolat" au CRSSSE, Mme Rose-Anne Paiement, qui s'occupe, à l'interne, de l'organisation de cette journée, en

(Suite à la page 16)

L'ATELIER DU NORD

"L'Atelier du nord", d'une pierre, deux coups pour le Centre Notre-Dame de l'Enfant (CNDE). En effet, en mettant en place "L'Atelier du nord", il y a quelques mois, le CNDE réalisait d'une pierre, deux coups:

° un plateau de travail pour des adultes handicapés à cause d'une limitation intellectuelle;

° un service en mesure de répondre à différents organismes ou entreprises régionales.

Ainsi, depuis quelques mois, des adultes handicapés par une déficience intellectuelle, vivant en centre d'accueil ou en ressources résidentielles de groupe, sont en mesure de bénéficier d'un programme favorisant leur réadaptation et ce, par le travail adapté à leurs capacités et leurs besoins. Ces personnes, à cause d'handicaps particuliers, ne sont pas en mesure de fréquenter les services d'intégration socio-professionnelle de la région et, de ce fait, doivent recevoir un service qui favorise le développement d'habilités propres à leur éventuelle intégration sociale et professionnelle. "L'Atelier du nord", de par les programmes qui y sont dispensés, veut donc répondre à cet objectif.

Le médium employé étant le travail de production, les adultes de ce service acquièrent donc, par ce moyen, des capacités d'attention, de contrôle de soi, d'acceptation des autres. De plus, des activités de réadaptation axées sur la socialisation, l'efficience physique, la détente par l'hydrothérapie apportent un complément utile qui favorise l'atteinte de l'objectif premier soit: augmenter la capacité de la personne à réaliser des activités de travail et à s'épanouir pleinement en tant qu'adulte.

L'équipe de "L'Atelier du nord" offre à toutes les entreprises ou organismes de l'Estrie la possibilité d'utiliser à bon escient les capacités des adultes qui y travaillent. En effet, ces personnes sont en mesure de réaliser divers genres de travaux qui nécessitent de la précision, de la routine et où une grande quantité d'articles doivent être manipulés. Mentionnons simplement:

° l'assemblage de différentes parties d'un tout (exemple: les chandelles de la paix, vendues dans les foyers à l'occasion des fêtes de Noël '85, ont été assemblées à "l'Atelier du nord"; plus de 10,000 chandelles, nécessitant cinq opérations chacune, ont été réalisées en moins de 10 jours);

° le classement dans les contenants appropriés de pièces ou de matérieux diversifiés;

° l'emballage de pièces devant être livrées (ex.: les outils fournis dans un sac transparent lors de l'achat d'un équipement mécanique: auto, moto-neige, etc...);

° le montage d'échantillons dans des porte-documents lors de campagnes publicitaires;

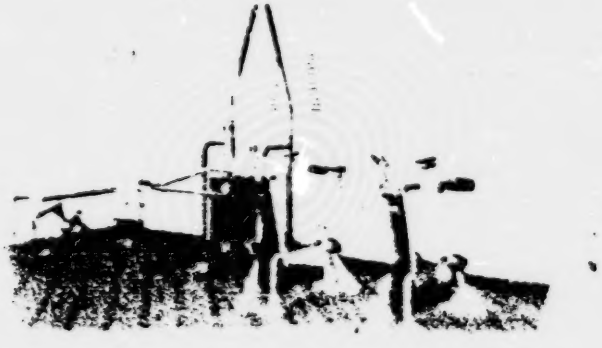
° le ponçage, le sablage de tout item unique ou devant être assemblé par la suite.

Bref, "l'Atelier du nord" est en mesure d'accepter tous genres de sous-contrats, dans des domaines beaucoup plus diversifiés que ceux précédemment décrits. Les responsables du service sont disponibles pour rencontrer les personnes intéressées afin de leur faire part de toutes les disponibilités offertes.

Voici à l'oeuvre des participants à "L'Atelier du nord"

"L'Atelier du nord" est en mesure d'accepter une grande variété de sous-contrats de la part des entreprises ou organismes de l'Estrie

Des moniteurs compétents supervisent les travaux



Des équipements d'activités physiques sont disponibles aux bénéficiaires

LES CLSC ET LA SANTÉ MENTALE

Le 2 mai prochain, plus de 150 personnes oeuvrant dans les huit CLSC de l'Estrie participeront à un colloque sur la santé mentale spécialement conçu à leur intention. Le programme prévoit trois parties:

° en avant-midi

Deux conférences s'adresseront à l'ensemble des participants et traiteront de la notion de la santé mentale et des CLSC face à la santé mentale.

° en après-midi (de 13 h 30 à 15 h 00)

Dix ateliers regrouperont de 15 à 20 participants chacun sur les thèmes suivants:

- femmes et santé mentale,
- ressources alternatives,
- familles mixtes ou reconstituées,
- la santé mentale des enfants face à la séparation,
- hommes et santé mentale,
- travail et santé mentale,
- l'intervention de crise,
- soins palliatifs et santé mentale,
- personnes âgées et santé mentale,
- clientèles, difficultés à rejoindre.

° conférence-clôture

Une conférence-clôture traitera du rapport santé mentale et du contexte socio-économique.

Historiquement, les CLSC estriens se réunissent régulièrement pour échanger et réfléchir sur les thèmes ou des problématiques communes tout en s'alimentant d'expériences intéressantes ayant eu lieu dans d'autres milieux. Les thèmes abordés sont passablement variés et touchent les préoccupations des CLSC. Dans le passé, les thèmes suivants ont été abordés: la pauvreté, l'auto-santé, la multidisciplinarité et la prévention.

Le nombre de participants prévus représente 25% du personnel des huit CLSC de l'Estrie et provient de toutes les catégories de personnel, médecins, auxiliaires familiales, travailleurs sociaux, secrétaires, etc...

* * * *
* * *

LA CONDITION DE VIE DES FEMMES

Le conseil d'administration a décidé du suivi qu'il accordera au dossier de la condition de vie des femmes. Ainsi, il faisait suite à sa position de juin 1985 par laquelle il accordait son assentiment au rapport présenté par le Comité aviseur sur la condition de vie des femmes. Le rapport contenait 45 recommandations dont treize sur la problématique de la santé mentale, dix sur celle des adolescentes, dix-neuf sur la violence et trois recommandations générales.

Une table régionale permanente sera mise en place, dès l'automne 1986, avec pour mandat principal de conseiller le CRSSSE dans les principaux dossiers touchant la condition de vie des femmes et de fournir avis et collaboration dans les différentes activités de coordination et d'implantation des programmes.

D'ici là, le comité actuellement en place continuera d'oeuvrer et reverra les éléments touchant des mandats plus détaillés, le fonctionnement et la composition de la table. Pour sa part, le CRSSSE précisera son propre plan d'activité dès l'automne et, entre autres, intégrera dans son programme de formation pour la prochaine année les éléments relevant de sa responsabilité. De plus, le conseil d'administration souscrit à nouveau à la priorité des problématiques soulevées dans le rapport du Comité aviseur et les considérera dans la démarche en cours présentement sur les priorités régionales. Enfin, sans toutefois prendre des engagements inconditionnels, le CRSSSE portera une attention particulière aux projets présentés pour financement par les groupes socio-communautaires voués à la condition de vie des femmes.

Le conseil d'administration considère que le dossier de la condition de vie des femmes ne peut évoluer sans l'apport essentiel des établissements du réseau des Affaires sociales, ceux-ci étant les premiers intervenants auprès des clientèles, hommes, femmes et enfants. Il reconnait l'importance d'une action suivie dans les établissements et, en ce sens, il:

° a demandé à chaque établissement de lui faire connaître le nom d'un(e) répondant(e) interne pour ce dossier avant le 1er avril 1986;

° incite chaque établissement à mettre en place, avant le 1er juin 1986, un comité interne qui aurait une fonction conseil en matière de condition de vie des femmes et comme premier mandat de préparer une programmation;

° demande à chaque établissement d'établir la programmation de ses activités et de la soumettre au CRSSSE pour le 1er décembre 1986;

° souhaite que chaque établissement fasse siennes les recommmandations proposées dans le rapport du Comité aviseur.

LES SERVICES AMBULANCIERS

Le CRSSSE vient, dans le cadre de ses nouvelles responsabilités en matière de services ambulanciers, d'adopter deux règlements traitant des conditions relatives à l'émission des permis d'ambulance et des délimitations des zones.

De plus, le conseil d'administration a fixé à 864 173 $ la demande de subventions d'appoint au transport ambulancier qu'il adresse au MSSS pour 86-87; cette demande se ventille de la façon suivante:

° garantie de revenu	169 750 $
° prime à la disponibilité	229 890
° formation	66 024
° salaires	331 471
° réseau de communication	57 038
° subvention de soutien à la politique du transport de bénéficiaires	10 000

Enfin, en mars dernier, le CRSSSE a signé les contrats d'ambulance avec chacune des firmes de l'Estrie, ceux-ci prévoyant entre autres une majoration à 25,14 $ de la subvention salaire pour chaque transport effectué. En début avril, le MSSS informait le CRSSSE qu'un moratoire de six mois était décrété au chapitre des services ambulanciers afin d'effectuer, pour l'ensemble du Québec, une nouvelle étude en fonction de la dynamique actuelle, celle de 1979-80 ne reflétant plus adéquatement la situation présente. Cette étude s'intéressera aux paramètres économiques, à l'évaluation des besoins (transports primaires, secondaires et tertiaires), à la formation, à la réglementation, aux moyens à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs visés et à leur financement. Le moratoire s'applique aussi à la subvention salaire qui sera maintenu à 20,76 $ par transport effectué, annulant temporairement la majoration prévue. Cette dernière pourra être versée rétroactivement, le tout dépendant des conclusions de l'étude en cours.

* * * *
* * *

LE FINANCEMENT DES IMMOBILISATIONS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les règles du jeu viennent d'être changées pour le financement des immobilisations dans le secteur santé. En effet, les dépenses d'immobilisations (mobilier et équipement) des centres hospitaliers, auparavant financées par les revenus de suppléments de chambre, le seront dorénavant par le service de la dette plutôt que par le mode antérieur. Ainsi en a décidé le Conseil du trésor.

Le CRSSSE est autorisé, par règlement, à contracter des emprunts à court terme et/ou à long terme pour pourvoir aux dépenses encourues dans l'application de ce nouveau programme de financement. Les marges de ces emprunts sont contrôlées par des enveloppes régionales autorisées par le ministère de la Santé et de Services sociaux. Ce mode de financement est en application depuis le 20 mars dernier et le CRSSSE a pris les dispositions nécessaires à son fonctionnement. Ces dépenses d'immobilisation dans les centres hospitaliers de l'Estrie représentaient, en 1985-86, un budget de 2 080 000 $.

En décembre 1985, le CRSSSE, de concert avec la Commission des centres hospitaliers, avait demandé au MSSS de reconsidérer son projet de financement des dépenses d'immobilisation puisqu'il n'apportait pas de solution aux problèmes affectant ce secteur et pourrait même constituer un recul par rapport aux acquis. Pour sa part, la Conférence des CRSSS du Québec s'est déjà, elle aussi, prononcée dans le même sens.

* * * *
* * *

SERVICES À DOMICILE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Depuis un peu plus d'un an, le CRSSSE a pris en charge, en collaboration avec les CLSC, les plans de services de maintien à domicile pour les personnes handicapées auparavant assumés en suppléance par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Ceci a été rendu possible par la création, par le MSSS, d'un programme spécifique destiné aux personnes handicapées. En 1986-87, 49 personnes bénéficieront de ce programme pour un budget de 152 000 $ dont près de 47 000 $ provient de l'OPHQ.

Le mandat du Comité régional d'admissibilité sur les allocations directes aux personnes handicapées est maintenu et celui-ci s'assure plus particulièrement de:

° recevoir et étudier toutes les demandes d'allocations directes soumises au comité;

° analyser le plan de services soumis et exiger des informations additionnelles si nécessaire;

° statuer sur l'admissibilité des demandes;

° établir une liste d'attente unique pour toute la région;

° déterminer un ordre de priorité dans les demandes acceptées et le réviser en tenant compte des demandes prises en charge par l'OPHQ, des départs et des demandes de révision;

° fixer l'échéancier de réévaluation des heures de services en maintien à domicile

° adopter ses règles de fonctionnement.

Le comité est composé de trois représentants des CLSC de l'Estrie (dont au moins un représentant doit provenir d'un CLSC de la MRC de Sherbrooke), d'un représentant de l'OPHQ et de celui du CRSSSE.

Le programme de services de maintien à domicile pour personnes handicapées limite son champ d'action aux services d'assistance physique (hygiène, lever, coucher, habillement, transferts, repas, contrôle rectal, mobilisation de nuit) et aux services d'aide domestique (des services de gardiennage, d'accompagnement et/ou de soutien civique pourraient aussi être considérés compte tenu, cependant, de la contribution de la famille ou de l'entourage pour ce genre de services).

* * * *
* * *

PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Dans le cadre du programme de subventions en santé communautaire mis de l'avant par le MSSS, le CRSSSE vient d'octroyer 168 000 $ pour la réalisation, dans l'Estrie, en 1987-88, de sept projets en santé communautaire. Il s'agit des projets suivants:

- L'équipe gériatrique thérapeutique: 30 000 $
- Atelier de stimulation pour enfants: 28 000
- Promotion santé cardio-vasculaire: 30 000
- Grossesse-nutrition: 15 000
- Espaces sans fumée: 22 000
- Les aînés en mouvement: 18 000
- Aide naturelle à la personne suicidaire (Phase III): 25 000

Ces sept projets ont été sélectionnés à partir d'une liste de douze projets totalisant une demande budgétaire de 523 636 $.

Depuis 1984-85, le MSSS met à la disposition des régions un budget devant servir à supporter des projets d'intervention, d'étude et d'analyse en santé communautaire. Par ce programme, le MSSS vise plus particulièrement à supporter les CRSSS du Québec et les établissements dans le développement de projets qui permettront d'améliorer la connaissance des problèmes socio-sanitaires, de développer des moyens d'intervention originaux et d'évaluer la performance et l'impact de certains programmes. Pour 1987-88, le programme était ouvert à toutes les catégories d'établissements alors qu'auparavant il était réservé aux CLSC et aux DSC. D'autre part, il appartient à chaque CRSSS de:

- définir ses priorités et d'en aviser les établissements;
- se doter de mécanismes de coordination du programme au plan régional;
- recevoir les projets, les analyser et décider du support à leur accorder.

Dans l'Estrie, la coordination du programme est assurée par un groupe de travail composé de M. Roberto Iglesias, représentant le DSC, M. Roger Gobeil, représentant les CLSC, et MM. Michel Dubreuil et Raymond Lépinè, représentants le CRSSSE. Ce groupe de travail a retenu, pour 1987-88, les mêmes critères d'admissibilité (ou d'exclusion) et de priorisation qui avaient été utilisés antérieurement. Pour être admissible, un projet doit respecter les critères suivants:

(Suite à la page 16)

PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

(Suite de la page 15)

° le projet doit être conforme avec le type de projets prévus au programme;

° le projet doit pouvoir être réalisé à l'intérieur d'une période de douze mois;

° si la réalisation du projet nécessite la collaboration d'autres organismes, le promoteur devra donner la preuve que cette collaboration lui est acquise;

° le projet ne doit pas servir principalement à l'acquisition d'équipements;

° le projet ne doit pas être une forme déguisée de service qu'un établissement est appelé à dispenser dans l'exercice normal de ses fonctions;

° la demande doit être présentée selon l'échéancier prescrit et contenir les renseignements requis dans le formulaire de présentation.

De plus, compte tenu des limites du budget accordé à l'Estrie, les projets sont classés par ordre prioritaire selon les critères suivants:

° le degré de conformité avec les priorités régionales;

° l'originalité ou la nouveauté de l'approche;

° l'utilité ou la généralisation possible des résultats.

* * * *
* * *

LA SANTÉ MENTALE, C'EST L'AFFAIRE DE QUI?

(Suite de la page 7)

collaboration avec la direction des services de santé et le cadre-conseil affecté au dossier de la santé mentale, M. Gilles Gilbert.

Les dépliants d'information et d'inscription sont disponibles dans vos établissements; au besoin, communiquez avec le CRSSSE au numéro de téléphone: (819) 566-7861.

SOUPER BÉNÉFICE

À l'issue du colloque, il y aura un cocktail suivi d'un souper bénéfice au profit de ressources alternatives en santé mentale. Il est possible de participer au colloque sans se joindre au souper, comme il est possible de participer au souper sans venir au colloque. Le CRSSSE n'est pas impliqué dans la vente des billets pour ce souper. Pour l'achat de billets, communiquez avec:

SHERBROOKE
La Cordée (Janine Lemieux)
565-1225
MAGOG
Centre de transition l'Élan
(Danielle Viau)
843-8885
LAC-MEGANTIC
L'envol (Clémence Rancourt)
583-5290
WEEDON
L'Action amicale (Louisane Lemieux)
877-2674

Le coût est de 50,00 $ le couvert (reçu d'impôt sur demande). Le conférencier, le Dr Yves Lamontagne, psychiatre, traitera du sujet suivant: "Les problèmes de santé mentale, il est temps qu'on en parle et surtout qu'on agisse."

RALLYE TIERS-MONDE ESTRIE

C'est jeudi, le 3 avril 1986, qu'a été lancée officiellement la campagne d'information et de financement du Rallye Tiers-Monde Estrie. Pour une 18ème édition, le Rallye Tiers-Monde Estrie donne rendez- vous au gens de la région samedi, le 10 mai 1986, pour un geste concret de solidarité. C'est par la marche, le rallye à bicyclette, le jogging ou la vente de macarons et d'autres activités que l'on pourra appuyer l'organisme régional, selon le comité local des villes participantes.

La présidente d'honneur de la Campagne 1986 est Mme Lise Drouin-Paquette, bien connue pour avoir oeuvré spécialement au sein de l'AFEAS. Elle mentionnait que: "C'est lors du forum marquant la fin de la décennie des Nations-Unies pour la femme, qui s'est tenu à Nairobi au Kenya, qu'est né en moi un désir nouveau, celui de contribuer davantage à l'édification d'un monde plus juste et plus humain. Le message qui m'a été livré par mes soeurs du Sud m'a aussi fait prendre conscience que c'est par la sensibilisation de ma propre communauté que nous pourrons faciliter le processus du développement".
C'est à ces grands objectifs que le Rallye Tiers-Monde Estrie veut répondre.

D'ici les activités du 10 mai prochain, le Rallye Tiers-Monde Estrie propose au milieu scolaire de la région des activités d'animation, de l'information à certains regroupements; il participera à des activités publiques pour mieux faire connaître les réalités des populations d'Amérique Latine et d'Afrique.

Pour la Campagne 1986, douze projets du Tiers-Monde ont été sélectionnés totalisant une somme de 30 000 $. Ces appels proviennent d'Amérique Centrale, des Caraïbes, d'Amérique du Sud et d'Afrique. Douze petits projets qui appuient les efforts de ces populations, soit pour un projet d'alphabétisation, de coopérative pour de jeunes paysans, de puits et d'irrigation, etc... Comme le laisse sous-entendre le thème "Le monde a besoin de nous", oui le monde a besoin de toutes les énergies d'ici et de là-bas pour devenir meilleur.

Tous ceux et celles qui désirent participer aux activités du samedi, le 10 mai 1986, des formulaires de commandite seront disponibles chez les responsables des comités locaux et dans les écoles participantes.

Pour plus d'information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat général du Rallye Tiers-Monde Estrie situé au 555, rue Short à Sherbrooke, J1H 2E6 - téléphone: (819) 566-8595.

LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE EN ESTRIE

Le 5 février, la Commission des droits de la personne du Québec inaugurait officiellement son bureau régional à Sherbrooke et ce, dans le cadre d'un projet-pilote qui devra faire la démonstration de sa nécessité d'ici la fin de l'année en cours. La commission veut, par ce projet, assurer une présence plus intensive et plus directe auprès des citoyens de l'Estrie.

Les interventions de la commission, sur place, seront multiples. Elle veut, par une présence régionale permanente, jouer plus efficacement son rôle d'information et d'éducation aux droits. Elle pourra aussi, dans de nombreux cas, procéder à des enquêtes de manière à apporter des solutions immédiates à des plaintes qui lui sont transmises, sans attendre qu'un enquêteur ne vienne de la métropole.

La représentante régionale de la commission, Mme Suzanne Valery, pourra agir aussi à titre de conseillère auprès des groupes et associations, ou même d'individus voués à la défense des droits ou qui sont simplement préoccupés d'en assurer le respect. De plus, il importe de souligner que la commission érige ainsi, dans l'Estrie, une antenne qui se veut émettrice des valeurs de la Charte des droits et libertés de la personne mais aussi réceptrice des demandes de la population pour qu'elle fasse connaître constamment, par ce conseil, l'état de l'évolution des droits dans notre région.

La Commission des droits de la personne du Québec oeuvre depuis déjà dix ans à la protection et la défense des droits et signale que 70% des cas sont solutionnés avec le consentement des parties. D'autre part, il y a déjà, dans l'Estrie, une tradition de faire appel à la commission. Au cours des huit dernières années, les estriens lui ont adressé quelque 3 500 demandes et, à la fin de 1985, 216 dossiers étaient ouverts sur différents motifs de discrimination.

Mme Valery peut être rejointe au 353, rue King est, Sherbrooke Qc, J1G 1B3 ou par téléphone au 569-3739 (les frais virés sont acceptés).

* * * *
* * *

ÉLIXIR OU L'ASSUÉTUDE D'ÈVE EN ESTRIE

Savez-vous qu'il existe seulement deux projets de prévention en toxicomanie et alcoolisme des femmes au Québec? Savez-vous que l'un de ces deux projets se situe justement en Estrie? ÉLIXIR OU L'ASSUÉTUDE D'ÈVE offre ses activités dans toute la région 05.

De janvier 1985 à fin mars 1986, 799 femmes ont participé à des rencontres d'information d'une durée d'une heure. Depuis septembre 1985, ÉLIXIR propose aussi des rencontres d'une durée de trois heures et 303 femmes y ont assisté. Quant aux femmes aux prises avec un problème de surconsommation d'alcool ou de médicaments (ou les deux), ÉLIXIR leur propose une démarche de trente heures (10 x 3 heures), et en un an, une quarantaine de femmes ont participé à cette session. Les thèmes que l'on aborde et développe (selon la durée de la rencontre) sont:

° la santé des femmes;

° la modification récente de certains aspects de la vie des femmes et les conséquences de cette modification;

° information et échange sur les tranquillisants mineurs, l'alcool et sur les effets de ces consommations.

Qui encore s'est prévalu des activités de ÉLIXIR? 327 intervenants et intervenantes de la région. En trois heures de rencontre, ils ont pu aborder la problématique de la consommation d'alcool et de médicaments par les femmes, les préjugés et les stéréotypes dont les femmes sont victimes dans le système de santé (entre autres) et les ressources en alcoolisme et toxicomanies (celles dont on dispose, celles qu'on espère).

Pour le printemps, ÉLIXIR propose aux femmes une journée de sensibilisation sur les thèmes évoqués plus haut. Le mardi 22 avril ou le samedi 3 mai, au CLSC Gaston Lessard, lunch/pique-nique et vidéo sont au programme (9 h 00 à 16 h 00). C'est une invitation et n'hésitez pas à la transmettre autour de vous. Il est encore possible d'organiser des rencontres pour les intervenants(tes) en juin, sinon en septembre.

* * * *
* * *

ASSEMBLÉES PUBLIQUES D'INFORMATION

Eh bien oui! À chaque année, les établissements publics du réseau de la Santé et des Services sociaux doivent, au moins à une occasion, rencontrer la population et lui faire part de leurs réalisations, de leurs programmes, de la qualité de leur gestion des fonds publics ainsi que des relations entretenues avec l'ensemble du réseau. Nous comprenons, au CRSSSE, que les activités des années antérieures n'ont pas toujours eu le succès escompté et qu'il peut s'avérer difficile de trouver la formule ou l'activité qui permettrait de communiquer efficacement avec le public et les clientèles tout en suscitant leur intérêt et leur participation. Cependant, il est intéressant de noter que certains établissements réussissent des "bons coups" qui gagnent à être connus et qui peuvent inspirer d'autres établissements.

Dans une volonté d'apporter un support et de favoriser un climat de stimulation au chapitre des communications que les établissements du secteur de la Santé et des Services sociaux se doivent d'entretenir avec la population et leurs clientèles, le CRSSSE leur proposait, en septembre 1985, de "publiciser" dans son bulletin d'information "Les dernières nouvelles" les projets qu'ils s'apprêtaient à expérimenter bientôt et qui se distinguaient par des aspects innovateurs ou originaux, ainsi que les projets qu'ils venaient de réaliser et qui avaient connu un succès important. Dans ce cadre, nous prenons l'initiative de faire état du projet réalisé par le Centre de services sociaux de l'Estrie (CSSE).

LE CSSE AU QUOTIDIEN

Le CSSE a tenté à plusieurs reprises au cours des dernières années de trouver des alternatives lui permettant de rejoindre un public plus vaste et, particulièrement cette année, le CSSE est largement sorti des sentiers battus. En effet, l'assemblée publique 1985-86 du CSSE a utilisé le médium de l'image télévisée en collaboration avec quatre câblodistributeurs locaux, sur le thème "Le CSSE au quotidien". Deux émissions de 30 minutes chacune ont pris l'antenne, au cours de la semaine du 12 janvier et de celle du 19, sur les ondes de Télécâble Vidéotron de Sherbrooke (canel 11), Câblestrie Magog (canal 11), Coaticook Transvision Inc. (canal 5) et Mégantic Transvisions Inc. (canal 13). La semaine du 12 janvier, le public retrouvait au menu les sujets suivants: bilan 1985, la Protection de la jeunesse, les jeunes contrevenants ou la délinquance et les ressources alternatives pour jeunes et adolescents; en deuxième semaine, la carte s'étendait à une nouvelle variété soit les ressources alternatives en 1985, les services hospitaliers aux adultes, les services aux personnes âgées et l'avenir des ressources alternatives pour les jeu-

(Suite à la page 22)

EN BREF

SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le 20 mars, le conseil d'administration a adopté le plan d'organisation des services de santé au travail soumis par la Commission des centres locaux de services communautaires. Ainsi, le CLSC Sud-Ouest-Centre de Sherbrooke assumera les services dans son propre territoire (Sherbrooke ouest) et dans le territoire du CLSC Gaston Lessard (Sherbrooke est). D'autre part, le CLSC Sud-Ouest-Centre de Sherbrooke offrira, par suppléance, les services dans le territoire de la MRC de Coaticook tandis que le CLSC du Val St-François le fera également dans le territoire de la MRC Memphrémagog. Dans toutes les autres MRC, les services sont offerts par le CLSC en opération dans le territoire.

Les politiques et procédures en vigueur au ministère de la Santé et de Services sociaux ainsi qu'à la Commission de la Santé et la Sécurité au travail exigent que le CRSSSE approuve à chaque année le plan d'organisation des services de santé au travail dans l'Estrie, notamment le nombre de points de services et les établissements responsables.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Sous le thème "L'intervention jeunesse avec du monde branché sur les jeunes", l'Association des centres de services sociaux du Québec tiendra son congrès annuel les 24, 25 et 26 avril prochain à l'Hôtel Bonaventure à Montréal.

BERNARD LAMY AU COMITÉ ADMINISTRATIF DU CRSSSE

M. Bernard Lamy vient d'être nommé, le 20 mars dernier, membre du comité administratif du CRSSSE en remplacement de M. Jean-Pierre Duplantie qui a démissionné à la fois du comité administratif et du conseil d'administration du CRSSSE en raison de sa nomination à la Commission Rochon. D'ailleurs nous traiterons plus en profondeur, dans notre prochain numéro, des travaux, dans l'Estrie, de la Commission Rochon et de la nomination de M. Duplantie à cette commission.

NOMINATION D'UN NOUVEAU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le conseil d'administration du CLSC Alfred Desrochers (MRC Memphrémagog) a procédé, en mars, à la sélection du directeur général du nouvel établissement. M. Jean Lavigne agit donc à ce titre depuis le 1er avril. M. Lavigne est déjà connu dans le réseau estrien des Affaires sociales; en effet, il a été, de 1973 à 1980, directeur général du CLSC Sud-Ouest-Centre de Sherbrooke.

MME GINETTE ST-HILAIRE, RESPONSABLE DU SYSTÈME D'ADMISSION RÉGIONAL

Mme Ginette St-Hilaire vient de joindre, le 1er avril dernier, l'équipe du CRSSSE à titre de responsable du système d'admission régional. Dans le cadre de ses nouvelles fonctions, Mme St-Hilaire verra principalement à implanter et coordonner le nouveau système d'admission régional. Elle possède une vaste expérience dans le domaine des services aux personnes en perte d'autonomie et est déjà connue par la plupart des intervenants des diverses structures d'admission régionales en plus de posséder une vaste expérience de gestion. Mme St-Hilaire a, entre autres, occupé le poste de directrice des soins de santé et d'assistance au Foyer St-Joseph de Sherbrooke ainsi que celui de directrice des soins infirmiers et des services hospitaliers à l'Hôpital St-Louis de Windsor en plus d'avoir oeuvré dans des centres hospitaliers de soins de courte durée et de longue durée. Mme St-Hilaire sera certainement un atout pour le fonctionnement optimal du système d'admission régional.

SUPPORT AU BÉNÉVOLAT DANS L'ESTRIE

En décembre dernier, le conseil d'administration, tout en réitérant et en réaffirmant ses orientations notamment celles de juin 1984, a insisté à nouveau sur l'importance de maintenir une consultation et des liens fonctionnels avec les organismes bénévoles ainsi que de maintenir l'opportunité de développer les mécanismes appropriés. À cet effet, le CRSSSE reconnaît l'opportunité de la mise en place d'une table de concertation régionale. Cette instance sera un lieu par excellence de concertation alors que les actions d'ensemble comprendront des mandats à la fois issus du CRSSSE ou initiés par les organismes socio- communautaires eux-mêmes. Cette table constituera aussi le moyen privilégié par le CRSSSE pour traiter avec les organismes bénévoles. Cependant, certains points d'ordre technique sont en discussion avec le comité aviseur sur le bénévolat avant de passer au stade de la décision.

ASSEMBLÉES PUBLIQUES D'INFORMATION

(Suite de la page 20)

nes, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Le tout a été complété par la diffusion dans l'édition du 24 janvier de La Tribune du "Message de l'administration".

LES ASSEMBLÉES PUBLIQUES D'INFORMATION, ENCORE EN 1986-87...!

Pour 1986-87, chaque établissement doit évidemment tenir une assemblée publique d'information portant sur ses activités 1985-86.

CONSEIL DES SERVICES ESSENTIELS

Depuis juin 1985, le Conseil des services essentiels est investi de nouveaux pouvoirs relatifs aux services essentiels à assurer en cas de grève, dans tous les établissements du réseau des Affaires sociales.

Au cours de l'automne 1985, le Conseil du Trésor a autorisé le recrutement d'une équipe de douze médiateurs qui ont déjà entrepris la visite de chacun des établissements et de chacune de leurs unités d'accréditation afin d'établir un premier contact, colliger des informations sur leurs structures et leur fonctionnement, sensibiliser les parties aux nouvelles dispositions de la Loi 37 et, s'il y a lieu, commencer à discuter avec elles des services essentiels qui devront prévaloir en cas de grève, dans le cadre des dispositions de cette loi.

Le Conseil a constitué un greffe où seront traités tous les dossiers de même que les données recueillies par les médiateurs ou fournies par les organismes qui ont eu à s'occuper des services essentiels antérieurement. Un service de recherche fonctionne en collaboration avec le greffier pour fournir aux médiateurs les informations connues et pour compiler et tenir à jour celles qui s'ajouteront au fur et à mesure de leur tournée. Chaque région se verra assigner au moins un médiateur et les établissements du réseau seront informés par le Conseil de la personne désignée pour s'occuper de ces services dans chaque établissement.

La Loi prévoit en outre que le Conseil peut, par règlement, "établir les règles que doivent suivre les parties dans la conclusion d'une entente ou la détermination d'une liste". Après examen de la situation et discussion avec certains partenaires impliqués, le Conseil en est venu à la conclusion de ne pas adopter un tel règlement pour le moment pour favoriser davantage chez les parties la négociation et l'entente entre elles, dans tout ce qui peut faire l'objet d'une interprétation, notamment quant à certains termes non définis dans la loi. Le Conseil est d'avis que la liste des services essentiels doit coller à la réalité de chaque établissement et il compte sur les parties pour qu'elles recherchent ardemment entre elles, dans le cadre des autres dispositions de la loi, une entente sur les divers éléments que peut comporter la liste ou l'entente et ses modalités d'application.

Les membres du Conseil entreprendront au cours du printemps une tournée de chacune des régic s du Québec. Il sera alors loisible à tous les intervenants de participer à diverses rencontres avec eux et de s'informer sur la nature et les implications de la loi, de même que sur les orientations du Conseil concernant les difficultés rencontrées ou identifiées lors des rencontres avec les médiateurs.

JEUNESSE ÉTERNELLE POUR LES GENS DU TROISIÈME ÂGE

La radio alternative de l'Estrie, CFLX-MF, produit une émission consacrée au vieillissement, Jeunesse éternelle, diffusée le mardi de 10 h 00 à 11 h 00 au 95,5 de la bande MF. Jeunesse éternelle est réalisée et animée par Serge Arel et Jacques Beauregard. Les animateurs poursuivent un objectif bien précis: démontrer que la meilleure façon de bien avancer en âge c'est de commencer à se préparer à cette éventualité dès trente ans. Selon eux, se prendre en mains dès la jeune trentaine et adopter des attitudes positives sont les meilleures garanties d'un troisième âge agréable à vivre. Jusqu'à maintenant, différents thèmes ont été abordés dans Jeunesse éternelle. Entre autres:

- Quels principes physiologiques causent le vieillissement?
- Quelle est la situation actuelle des recherches scientifiques pour tenter d'enrayer les changements chimiques dûs à l'âge avancé?
- Si l'être humain vivait 100, 120 ou 150 ans, quels seraient les effets de ce grand âge sur la société par rapport au monde du travail?
- Quels sont les lieux géographiques où l'on compte le plus de centenaires? Analyse des conditions sociales et alimentaires de ces individus.

Certains autres thèmes sont déjà prévus: la gymnastique douce et le vieillissement, les maladies qui affectent les personnes âgées, le cancer et la vieillesse, la personne âgée en institution.

LES DERNIERES NOUVELLES

JUILLET 1986, NUMÉRO 24

DÉPÔT LÉGAL BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

LA COMMISSION ROCHON EN ESTRIE

Les 12 et 13 mai dernier, la Commission Rochon (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux) était dans l'Estrie afin de recueillir les perceptions et les opinions des divers milieux de notre région et cela, dans le cadre d'une tournée de toutes les régions du Québec. La visite de la Commission comprenait trois volets: des rencontres avec des organismes, une assemblée publique et des visites. Le tout a connu un succès intéressant. Cinquante-neuf associations, groupes, organismes et établissements de santé et de services sociaux (totalisant quelques 150 personnes) sont venus rencontrer la Commission lors de vingt-huit séances de travail. Le tiers des représentations (soit 19 sur 59) était des groupes communautaires. De plus, le 12 mai en soirée, une assemblée publique attirait quelque 150 personnes, tant des intervenants du secteur des Affaires sociales que des représentants de groupes, organismes et associations communautaires que des usagers et le public. Les six commissaires ont complété leurs connaissances des réalités particulières de l'Estrie en visitant le 13 mai, en sous-groupe de deux, six expériences novatrices soit La Cordée, Un toit pour moi, la Boutique Santé 2000, le CLSC Gaston Lessard quant à son programme de maintien à domicile pour personnes handicapées, le Carrefour du Partage (à Magog) et l'Accueil Notre-Dame (à Magog). La Commission Rochon a rencontré plus de 300 personnes dans l'Estrie et franchissait ainsi le cap des 3 000 personnes depuis le début de sa tournée des régions en mars.

Lors du déjeuner de presse, le 13 mai, le président de la Commission, Jean Rochon, concluait en soulignant que l'Estrie lui donnait l'impression d'un réseau régional de santé et de services sociaux bien actif, impliqué et connaissant les problèmes et solutions. Monsieur Rochon signalait, pour l'ensemble du Québec, le manque de flexibilité du système de santé et de services sociaux. De plus, il considérait à ce moment-là les personnes âgées, les personnes handicapées et les jeunes comme les clientèles les plus prioritaires. Au chapitre des différences, on a discuté davantage dans l'Estrie de l'axe centralisation-décentralisation; le centre de gériatrie et de gérontologie de l'Hôpital d'Youville fait figure d'approche innovatrice; l'absence d'un grand centre hospitalier à vocation psychiatrique constitue également un avantage pour l'Estrie. Enfin, le président considère que l'Estrie ne présente pas à première vue de problème de santé particulier; quant à elles, les relations inter-établissements n'y sont pas plus difficiles qu'ailleurs. De façon générale, les gens ne remettent pas en question

le système de santé et de services sociaux en lui-même, mais veulent l'améliorer.

Pour sa part, le CRSSSE a présenté un mémoire qui, étant donné l'expérience particulière que l'Estrie a été appelée à vivre depuis 1978, a porté principalement sur la décentralisation administravive. Après un bref rappel historique de cette expérience, le CRSSSE en a dressé un bilan général et a présenté ses réflexions que voici intégralement:

"BILAN GÉNÉRAL ET ANALYSE

Les attitudes

Depuis le tout début, le CRSSSE et les établissements étaient demeurés très septiques sur la volonté réelle du ministère, ou encore sur sa capacité, de se départir vraiment de certains rôles. C'est pourquoi, d'ailleurs, nous avions insisté pour que le projet soit fondé sur une décision gouvernementale plutôt que sur une décision ministérielle.

Nous devons constater aujour'hui que, malgré la promulgation d'un décret, et malgré l'engagement véritable de quelques officiers supérieurs, le projet s'est heurté à une résistance déterminante au sein du ministère. Bien plus, les attitudes contradictoires des sous-ministres adjoints qui se sont succédés ont généré un état de confusion quant aux responsabilités et rôles de chacun et contribué à créer des tensions au niveau des relations entre les divers partenaires.

Si l'on examine maintenant l'attitude des établissements, on est à même de constater ce qui suit:

° Au départ, les établissements se sont ralliés au projet sans enthousiasme; ils auraient nettement préféré une décentralisation qui renforce leur propre autonomie.

° Les établissements du secteur social ont toujours démontré moins de réticence que les centres hospitaliers, surtout en matière de décentralisation budgétaire.

° Les établissements ont accepté un projet qui prévoyait un accroissement du rôle du CRSSSE à la stricte condition de participer très étroitement par le truchement des commissions administratives, à l'exercice de toutes les fonctions confiées au Conseil régional.

Somme toute, les établissements et le CRSSSE se sont engagés de bonne foi dans une aventure qui les laisse aujourd'hui déçus. Pour sa part, le CRSSSE s'est peu à peu retrouvé le seul "champion" d'une décentralisation dont le MSSS ne semblait plus vouloir et à laquelle les établissements croyaient de moins en moins.

Bien plus, plusieurs indices nous portent à croire que la région a été bel et bien "pénalisée" pour avoir réclamé du MSSS le respect des règles du jeu établies par le décret sur la décentralisation.

Les réalisations

À ce qui précède, il faut ajouter la situation financière particulièrement difficile qui a prévalu durant cette période au Québec alors qu'au ministère on continuait de considérer l'Estrie comme la région la mieux nantie en services. C'est dans ce contexte que nous avons tenté, ici comme ailleurs, de nous rapprocher de l'objectif fixé au départ: des services mieux adaptés aux besoins de la population. Avons-nous réussi?

Dans certains cas, nous avons pu, grâce à une rationalisation de l'organisation, faire face à des contraintes budgétaires sévères et assurer le maintien de services de qualité: nous en donnerons comme exemple le regroupement des services d'obstétrique et de pédiatrie. Des économies réalisées par des fusions administratives nous ont permis, dans d'autres cas, de hâter le développement de nouvelles ressources; pensons ici à la mise en place d'un CLSC à Lac Mégantic et à la création d'un deuxième CLSC à Sherbrooke. Nous avons pu encore, par les eforts conjugués des établissements et du MSSS, offrir à la population des services inexistants jusqu'alors; ce fut le cas de plusieurs services en santé mentale.

Ainsi, depuis la mise en place du conseil régional en 1973 et malgré une confusion au niveau des rôles, les travaux conduits dans la région et par la région ont certainement contribué soit à trouver des réponses à de nouveaux besoins, soit encore à trouver de nouvelles façons de répondre aux besoins. Dans tous les cas, ces démarches ont suscité des tensions importantes entre les partenaires; aucune d'entre elles n'a pu être réalisée en moins de trois ans.

On peut dès lors se poser au moins trois questions. Premièrement: quels auraient été les résultats obtenus si le MSSS avait respecté et SUPPORTÉ les engagements prévus au décret? Deuxièmement: quels seraient les résultats d'une étude "coûts-bénéfices" de chacune des opérations ou de l'ensemble? Troisièmement: à ce rythme, sommes-nous en mesure de faire face adéquatement aux pressions qui continuent de s'exercer sur le système?

RÉFLEXIONS

Cette brève rétrospective suscite chez nous quelques réflexions et interrogations que nous voudrions partager avec la Commission d'enquête.

1 Comment expliquer le triomphe de la résistance au sein du MSSS; manque de réelle volonté politique de faire progresser la décentralisation ou signe du pouvoir réel détenu par les fonctionnaires?

2°- Est-il réaliste d'attendre du MSSS qu'il S'ENGAGE VRAIMENT dans un processus de décentralisation qui ne concerne que DEUX PETITES RÉGIONS?

3°- Dans le contexte actuel, on tente de réaliser un réseau de services tout en maintenant un ensemble d'établissements juridiquement autonomes. Mission impossible? Qu'est-ce qui peut entraîner, sinon motiver les établissements à s'inscrire dans un modèle de complémentarité plutôt que de concurrence?

4°- Il est déjà très difficile pour le ministre d'assurer l'exécution de certaines de ses décisions (pensons au changement de vocation de l'Hôpital Ste-Jeanne-D'Arc). On peut dès lors comprendre les difficultés d'un conseil régional dont l'autorité réelle est sans cesse questionnée et dont les prises de position sont très largement influencées par les établissements concernés.

5°- Jusqu'à maintenant, et par des choix politiques successifs, on a voulu privilégier un ensemble d'éléments qui ne sont pas tous conciliables: d'une part, un régime capable de s'adapter aux besoins et d'autre part, des corporations indépendantes, des contrats de travail rigides...; d'une part un système de soins ouvert et d'autre part des budgets fermés; d'une part des budgets d'établissements fermés et, d'autre part, le paiement à l'acte quasi illimité pour les médecins; d'une part une certaine volonté de décentraliser et, d'autre part, le maintien d'un ensemble de lois très centralisatrices; d'une part, la volonté de donner une plus large place à la population dans la prise de décision et, d'autre part, un système qui favorise davantage la prédominance des technocrates des trois niveaux local, régional et provincial.

6°- La situation aujourd'hui est-elle très différente de celle que décrivait en 1970 la Commission Castonguay-Nepveu: le régime de santé "ne constitue, somme toute, qu'une addition des intérêts et des objectifs individuels des établissements qui le composent" (Volume IV, Tome 1, page 175).

Nous connaissons les difficultés inhérentes à la coexistence de tous ces éléments. Si le statu quo ne nous

(Suite à la page 11)

JEAN-PIERRE DUPLANTIE À LA COMMISSION ROCHON

En février dernier, Monsieur Jean-Pierre Duplantie, le directeur général du CSSE, se joignait à la Commission Rochon. Le rédacteur du bulletin "Les dernières nouvelles" a profité de la visite de la Commission Rochon dans l'Estrie pour recueillir les commentaires et les propos du nouveau commissaire.

Dernières nouvelles: Afin de situer les lecteurs, pouvez-vous, M. Duplantie, dresser un bref historique de la Commission Rochon?

Jean-Pierre Duplantie: La Commission Rochon, comme on le sait tous, a été créée sous le gouvernement du Parti Québécois, en juin 1985, et à ce moment-là le mandat en était un d'étudier les services de santé et les services sociaux connexes. La commission était alors composée de douze personnes et s'est mise à l'oeuvre vers le mois d'octobre 1985. Par la suite, un nouveau gouvernement a été élu et Mme Thérèse Lavoie-Roux a été nommée ministre de la Santé et des Services sociaux. À ce moment-là, elle a décidé de modifier le mandat de la commission, ce qui a eu pour effet d'une part, de confirmer la commission en soi et, d'autre part, de préciser son mandat. Le mandat a été précisé dans le sens d'étudier les services de santé et les services sociaux (c'est-à-dire l'ensemble des services sociaux et non plus simplement les services sociaux connexes).

Plus précisément, le mandat en est un d'étudier le fonctionnement et le financement de l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Par la même occasion, la commission a été modifiée et réduite à six commissaires plus un Secrétaire général; c'est à ce moment que j'ai été moi-même nommé.

Dernières nouvelles: Quels sont les étapes de travail et les modes de fonctionnement de la Commission?

Jean-Pierre Duplantie: Dès le début de février 1986, la Commission précisait, de fait, tout le fonctionnement quant aux audiences qui avaient été prévues, audiences nationales et audiences régionales. Il faut dire aussi que l'échéancier de la commission avait été ramené de décembre à septembre 1987. Enfin, depuis le début de mars, nous sommes dans une série de séances de travail, formule que nous privilégions par rapport à des audiences parce qu'elle permet davantage d'échanges avec les gens. Au point de départ, la commission ne veut pas se situer dans un contexte de confrontation mais veut favoriser que les gens viennent nous dire quels sont, entre autres, les problèmes et les enjeux et veut pouvoir en discuter avec eux. De là origine une série de rencontres au plan national (trois semaines) du 10 au 30 mars, au cours desquelles la commission a rencontré environ 70 organismes nationaux. Par la suite, une série de rencontres régionales s'est amorcée. Cette tournée régionale sera complétée dans la semaine du 16 juin. Soulignons qu'environ un tiers de tous les gens rencontrés viennent du réseau communautaire et bénévole. L'été sera consacrée à la préparation d'une synthèse des problèmes et des enjeux tels qu'identifiés par l'ensemble des groupes et établissements rencontrés et d'un deuxième document présentant des hypothèses de solutions.

La Commission prévoit soumettre un certain nombre d'hypothèses de telle sorte que les gens puissent se positionner, ce qui implique

qu'une deuxième consultation se tiendra au cours de l'hiver 1987. À ce moment-là, la Commission s'attend de recevoir davantage de prise de position de la part de différents organismes du milieu communautaire ainsi que des institutions du secteur de la santé et des services sociaux. Par la suite, la Commission complétera sa démarche par la préparation d'un document final pour dépôt en septembre 1987 au gouvernement du Québec et à la population en général.

Il faut aussi dire que la Commission utilise trois approches pour faire son travail: la consultation, la recherche et les consultations d'experts. Au niveau de la recherche, il y a un ensemble de projets autant dans le secteur de la santé, dans le secteur social que dans le secteur socio-sanitaire. On espère d'ailleurs que ces projets pourront nous fournir des informations utiles pour l'hiver prochain afin que la Commission puisse s'en servir pour appuyer ses recommandations finales. On veut aussi être capable de faire de petits projets de recherche au fur et à mesure qu'on va sentir que certaines orientations se développent afin d'être en mesure tout au moins de les valider. Évidemment, on a l'inconvénient de ne pas être capable de faire des recherches longitudinales, sur 2 ou 3 ans par exemple, puisqu'il faut connaître leurs résultats au moment de nos recommandations.

Le troisième mécanisme utilisé est celui des consultations d'experts c'est-à-dire de gens qui ont développé des compétences dans certains domaines. Je pense à la santé mentale, au secteur des services aux personnes âgées, au secteur des jeunes par exemple. C'est autant de secteurs dans lesquels on embauche des gens qui vont consulter des professionnels qui ont développé des expertises particulières mais on ne veut pas s'en tenir simplement à ça, on veut aussi consulter des gens qui sont dans le réseau, qui travaillent avec ces populations et ces clientèles de façon régulière, enfin on veut aussi consulter des bénéficiaires. Alors, c'est à partir de tout ça que les commissaires vont se faire une opinion et se donner un ensemble d'informations sur des problèma-

tiques particulières comme celles que je viens de mentionner. Ce sont vraiment les trois dimensions à partir desquelles on travaille et qui devraient nous alimenter pour faire nos recommandations finales.

Dernières nouvelles: Nous désirons aborder la question sous un aspect plus personnel; que représente cette expérience pour vous?

Jean-Pierre Duplantie: Je considère comme un honneur de pouvoir participer à une commission de cette importance. Personnellement j'y crois beaucoup, j'y croyais déjà avant d'être nommé car je considérais qu'il était très important qu'on investisse dans le domaine des services sociaux et j'avais moi-même dit à différentes reprises auparavant qu'on avait besoin d'un bilan dans ce secteur. Dans ce sens, j'ai été très heureux de voir, évidemment, la modification qui était apportée au mandat de la commission pour inclure l'ensemble des services sociaux. D'autre part, j'étais aussi très heureux d'être, en quelque sorte, sélectionné pour contribuer à toute cette évaluation et à l'élaboration des orientations futures des services sociaux au Québec. Il est évident qu'en même temps j'en sens aussi le poids et les responsibilités bien que je ne sois pas isolé à l'intérieur de ce travail. En effet, il y a un partage de cette responsabilité avec mes collègues de la commission, mais aussi avec l'ensemble des agents et des intervenants du domaine des services sociaux tant au niveau des établissements qu'au niveau de tout le secteur communautaire et bénévole. Je pense que c'est un secteur qui est très large parce qu'on a à réfléchir non seulement sur les dimensions professionnelles du secteur des services sociaux, mais aussi sur toutes les contributions qu'on doit attendre des individus eux-mêmes qui font appel aux services et à la communauté en général en terme de bénévolat et de prise en charge. Alors, dans ce sens-là, c'est évidemment un défi important; de plus, je trouve très intéressante la façon de travailler de la commission, qui est d'aller chercher les contributions et les réflexions des gens du milieu ainsi

(Suite à la page 20)

CADRE DE RÉFÉRENCE DES SERVICES D'HÉBERGEMENT

L'Estrie vient de se doter d'un Cadre de référence des services d'hébergement. Ce document se veut un outil de travail souple et adaptable de manière à orienter et baliser les décisions au cours des prochaines années en matière de services dispensés par les Centres d'accueil d'hébergement (CAH). Il contient 41 recommandations portant sur les sujets suivants:

- l'utilisation des places en CAH,
- les besoins des adultes hébergés,
- les places en CAH,
- les besoins des clientèles anglophones,
- les pavillons,
- l'hébergement temporaire,
- le centre de jour,
- le centre d'accueil d'hébergement privé autofinancé,
- les installations de type "chambre et pension" et/ou résidences pour personnes âgées,
- la complémentarité entre les CAR, les CH, les CLSC et les CAH,
- la complémentarité avec les ressources résidentielles intermédiaires et les services de maintien à domicile.

Un cadre de référence relatif aux services d'hébergement en Estrie ne pouvait faire abstraction des phénomènes qui se manifestent dans la société et qui entraînent des changements dans les besoins et des adaptations dans les modes de dispensation de services aux personnes en perte d'autonomie. Le document tient également compte des lois, règlements, politiques du MSSS et du CRSSSE en matière d'hébergement ainsi que des documents de réflexion et d'orientation, publiés ces dernières années par les associations d'établissements. Il a de plus fait l'objet de consultations auprès des commissions d'établissements. Son contenu se fonde évidemment sur les données démographiques et organisationnelles de notre réseau régional en plus de se fonder sur des valeurs, principes et besoins fondamentaux en regard à la fois de la conception de la personne en besoin d'hébergement et des services eux-mêmes. Sont, entre autres, promus les valeurs ou besoins fondamentaux suivants:

- la promotion de l'autonomie,
- le respect de l'individu,
- le maintien de la santé,
- la sauvegarde de l'indépendance du logement,
- le droit à une occupation,
- la sécurité sociale,
- la possibilité de rôle social,
- un revenu assuré,
- l'égalité sociale.

Globalement, l'Estrie dispose actuellement de places d'hébergement réparties de la façon suivante, dans ses huit districts de MRC:

17 CAH publics et privés conventionnés:	1 271 places
12 pavillons rattachés à des CAH:	230 places
9 CAH privés autofinancés avec permis:	510 places
5 centres de jours	

Enfin, les recommandations concernant le développement des ressources pourront être révisées si nécessaire en tenant compte de l'évolution des besoins de la région et de l'utilisation des ressources. Pour sa part, la C-CAH poursuivra ses travaux et fera connaître au conseil d'administration du CRSSSE ses recommandations, notamment sur celles qui ont été jugées prioritaires en terme de faisabilité:

* l'utilisation des places en CAH,
* les besoins des adultes hébergés,
* les besoins des clientèles anglophones,
* l'hébergement temporaire.

LA COMMISSION ROCHON EN L'ESTRIE

(Suite de la page 5)

semble ni souhaitable ni possible, il nous faudra faire des choix."

La Commission Rochon a débuté ses travaux le 15 octobre 1985, avec l'assermentation des commissaires. Conformément au décret gouvernemental du 29 janvier 1986, son mandat est d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs, d'étudier les solutions possibles aux différents problèmes que connaît ce système et de faire au gouvernement les recommandations appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux.

* * *
* *

SYSTÈME D'ADMISSION RÉGIONAL

Le comité administratif du CRSSSE a reçu, à sa réunion du 19 juin 1986, les recommandations du comité intersectoriel sur l'admission en CAH et CH-SLD et a pris la position suivante:

- le système d'admission régional en hébergement et soins de longue durée prévoira la formation d'une équipe multidisciplinaire complète pour la région conformément aux modalités recommandées par le comité intersectoriel;

- le système d'admission régional en hébergement et soins de longue durée prévoira la formation de sept comités d'orientation-admission pour la région, soit un par MRC conformément aux modalités recommandées par le comité intersectoriel; toute modification sur le nombre de comités d'orientation-admission dans le futur sera soumise aux commissions et établissements uniques dans leur catégorie concernés;

- le financement de l'équipe multidisciplinaire fera l'objet d'une demande au MSSS et celui-ci devra également faire connaître au CRSSSE les principes et orientations qu'il préconise quant au financement des dépenses de fonctionnement générées par le système CTMSP (personnel, système informatique); une réponse sera demandée pour le 15 août 1986;

- une évaluation du fonctionnement du système d'admission régional sera effectuée après une année d'opération et les résultats seront soumis aux commissions et établissements concernés.

L'équipe multidisciplinaire sera composée d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) intervenant(e) social(e), d'un(e) ergothérapeute et d'un(e) physiothérapeute.

Au moins un professionnel de chaque discipline devra être identifié et recevoir la formation à titre de substitut pour remplacer les absences des membres de l'équipe. Le recrutement des membres de l'équipe multidisciplinaire sera effectué par le CRSSSE à partir des avis reçus du comité intersectoriel. Les personnes choisies devront:

- avoir une expérience de travail auprès de la clientèle âgée ou adulte en perte d'autonomie;

- avoir un désir et une capacité de travailler en équipe;

- posséder des connaissances en gérontologie-gériatrie.

Lorsqu'en fonction au sein de l'équipe, ces professionnels ne représenteront pas leur établissement et leurs avis ne tiendront compte que des services requis par l'état du bénéficiaire.

(Suite à la page 15)

SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES DANS LA M.R.C. DU VAL ST-FRANÇOIS

En mai 1986, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux, rendait disponible une enveloppe annuelle de 516 000 $ pour le développement de services aux adultes et aux personnes âgées dans la MRC du Val St-François. Le CRSSSE assurera la coordination et l'implantation de ces services via les établissements concernés et la gestion de ce budget en fiducie chez-lui.

Cette importante injection budgétaire sera affectée aux services suivants:

- Un Centre de jour itinérant

  Un montant de 150 000 $ est alloué pour l'opération du centre de jour itinérant dans la MRC du Val St-François. Le Foyer de Richmond opérera ce centre de jour et il passera les ententes nécessaires quant à l'implantation des points de services dont l'un sera sis à Windsor.

- Soins et service à domicile

  Un montant de 150 000 $ est injecté pour la consolidation des soins et services à domicile dans la MRC. Il sera de la responsabilité du CLSC du Val St-François de pourvoir à la mise en place de ces services.

- Physiothérapie et ergothérapie à domicile

  La somme de 65 000 $ est allouée pour le développement de ces services et le responsable sera le CLSC du Val St-François.

- Soutien aux organismes communautaires

  Un montant de 6 000 $ sera réservé pour les organismes communautaires (le Carrefour d'entraide de Windsor, le Centre de bénévolat de Richmond et le Centre de bénévolat de Valcourt) dans le cadre des subventions de soutien aux organismes bénévoles.

- Recrutement, encadrement et suivi des familles d'accueil

  Une somme de 72 000 $ sera attribuée au CSSE pour supporter l'encadrement, le recrutement et le suivi des familles d'accueil dans la MRC du Val St-François et plus particulièrement pour répondre aux besoins de la population âgée de Windsor compte tenu, bien sûr, de l'évaluation des besoins.

- Service de réadaptation

  73 000 $ seront alloués à ce secteur d'activités et il reviendra au Centre de réadaptation de l'Estrie de développer ces services en priorisant le secteur de Windsor et ce, compte tenu des besoins identifiés.

Il est apparu à la ministre plus opportun d'investir dans une gamme plus complète

(Suite à la page 15)

SERVICES PSYCHIATRIQUES AU CENTRE HOSPITALIER ST-VINCENT-DE-PAUL

Le conseil d'administration a accepté, à son assemblée de juin, la nouvelle programmation des services psychiatriques du Centre hospitalier St-Vincent de Paul. Plus spécifiquement, le CRSSSE a décidé:

- d'accepter en bloc cette nouvelle philosophie d'une approche globalisante;
- d'organiser, à moyen terme, une rencontre des chefs de département de psychiatrie afin qu'ils puissent mieux définir la complémentarité;
- de recommander que les dépenses encourues par le centre hospitalier pour le seul fonctionnement de son unité d'hospitalisation de 34 lits et des services alors existants soient indexées et injectées dans sa nouvelle programmation afin que ces argents puissent être utilisés autrement en psychiatrie, s'il y a lieu.

Le Centre hospitalier St-Vincent de Paul a décidé de revoir complètement l'approche de ses services psychiatriques et de sortir carrément des sentiers battus et des approches traditionnelles pour une approche ouverte et communautaire dans son essence même dont voici les principales caractéristiques:

- Il s'agit de l'implantation d'un système de distribution de soins psychiatriques qui se veut différent des approches traditionnelles.
- Plutôt que de s'orienter vers un système institutionnel de fin de ligne, l'institution privilégie une implication intégralement communautaire et vise la prévention autant que le traitement.
- L'approche sera également communautaire dans son essence même. La sectorisation étant bien sûr impossible et probablement non souhaitable, l'établissement croit plutôt à la coordination entre son département de psychiatrie et les secteurs santé mentale des CLSC qui eux sont déjà sectorisés.
- L'action du centre hospitalier sera axée sur l'intervention dans le milieu, elle le sera également sur la consultation aux agences communautaires et sur la liaison avec les ressources alternatives en santé mentale.
- Dans la phase I du projet, l'établissement a déjà coordonné ses services avec ceux du CLSC SOC. Il partage même un intervenant médical avec le CLSC.
- Dans la phase II, le centre hospitalier a pris contact et établi des liens de coopération avec certains intervenants de la communauté comme par exemple: Carrefour Intervention Suicide, l'Escale, la Villa Marie-Claire, L'autre Rive, La Cordée, le Centre de Transition l'Élan, etc...
- L'établissement croit pouvoir créer un milieu d'enseignement dynamique où l'étudiant pourra faire l'apprentissage de la psychiatrie et de son rôle de leadership médical dans des conditions idéales.

- L'équipe d'intervention de crise sera mobile et habilitée à intervenir hors établissement.

- Le médecin généraliste sera considéré comme chargé primaire de soins ("primary caretaker"). Ce faisant, on croit pouvoir régler en grande partie le problème de pénurie d'effectifs médicaux puisque le psychiatre est défini comme spécialiste consultant et coordonnateur.

- Le médecin traitant, bien sûr, conserve toujours la responsabilité du patient.

- Tous les médecins qui forment le noyau de départ ont été choisis, avec comme condition essentielle, leur motivation à s'impliquer dans l'enseignement.

SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES DANS LA MRC DU VAL ST-FRANÇOIS

(Suite de la page 13)

de services aux adultes et personnes âgées plutôt que de tout consacrer uniquement aux services d'hébergement. Le montant alloué correspond d'ailleurs à peu près au même montant qui aurait pu être affecté pour trente-deux places d'hébergement alors qu'un plus grand nombre de personnes pourront en bénéficier.

* * *
* *

SYSTÈME D'ADMISSION RÉGIONAL

(Suite de la page 12)

Chaque comité d'orientation-admission sera composé de membres en provenance de chaque établissement concerné ou de membres désignés suite à une concertation des établissements d'une même catégorie. Les principes suivants devront être respectés:

- chaque établissement pourra désigner un membre;

- au moins un membre par catégorie d'établissements sera désigné (à ce moment, les établissements se concerteront sur le ou les membres à désigner);

- la représentativité devra tenir compte des types d'établissements de chaque catégorie (ex.: CHSLD et CHSCD);

- la représentation sera autant administrative que professionnelle.

* * *
* *

BUDGETS 1986-87

BUDGETS AUX ORGANISMES DE MAINTIEN À DOMICILE

Le CRSSSE décidait, le 19 juin, d'allouer, pour 1986-87, le budget régional de 194 246 $ destiné à supporter les organismes bénévoles de maintien à domicile de la façon suivante:

Action bénévole chez soi de Weedon	18 750 $
Aide communautaire Lennoxville et environs	16 000 $
Aide communautaire Lennoxville et environs	2 496 $
Carrefour du partage de Magog	18 750 $
Centre d'action bénévole de Windsor	18 750 $
Centre de bénévolat de l'Or blanc	14 000 $
Centre de bénévolat de Richmond	18 750 $
Centre de bénévolat de Valcourt et région	10 000 $
Comité des services de première ligne de Lac Mégantic	7 500 $
Groupe Pro-amitié	7 500 $
Les ambulanciers de l'Ordre de Saint-André	7 000 $
Réseau d'amis de Sherbrooke et environs	10 000 $
Sercovie Inc. - La Popote roulante	26 000 $
Service de bénévolat de Rock Island, Beebe, Stantead	18 750 $

Depuis 1985, la responsabilité de proposer une répartition de ce budget avait été confiée au Comité aviseur sur le bénévolat qui a demandé à un sous-comité de travail d'effectuer cette tâche. Le sous-comité était formé de:

- deux représentants désignés par le Comité aviseur sur le bénévolat;
- deux représentants des groupes concernés par le programme et désignés par le Regroupement des organismes de maintien à domicile (ROMAD);
- un représentant nommé par la C-CLSC.

Les mêmes critères de référence qu'en 1985-86 ont été retenus pour l'attribution des budgets. De plus, le sous-comité a procédé à des analyses projet par projet à partir des documents en provenance de chaque organisme.

Ce programme se veut un support et un soutien aux organismes bénévoles oeuvrant dans le secteur du maintien à domicile auprès des clientèles retenues prioritaires par le MSSS soit les personnes âgées,

les personnes handicapées, les malades chroniques et les familles en difficulté. Les organismes subventionnés offriront notamment des services de transport-accompagnement, de visites amicales, de support moral, de popote roulante, d'écoute téléphonique, d'information- référence, de parrainage, de dépannage, de recrutement et de formation de bénévoles ainsi que de coordination de bénévoles. Les subventions accordées permettent aux organismes de défrayer des coûts de fonctionnement dont des dépenses de coordination, de loyer, de frais administratifs, de formation, de transport et de représentation.

RECONDUCTION DES BUDGETS POUR LE SECTEUR SOCIAL

Le CRSSSE a décidé de procéder à la reconduction des budgets 1986-87 des centres d'accueil de réadaptation en conformité avec les normes du MSSS. Cette décision recevait d'ailleurs l'accord des commissions concernées. Le budget total de cette catégorie d'établissements s'élève, pour l'année en cours, à 18 687 822 $.

Pour le reste du secteur social, les CLSC, les centres d'accueil d'hébergement et le Centre de services sociaux de l'Estrie, le CRSSSE a donné son accord à la reconduction des budgets de l'ordre de 34 409 095 $ pour 1986-87 selon les normes du MSSS. Les commissions concernées avaient également appuyé cette position. Évidemment les enveloppes régionales supplémentaires à venir (ex.: budget pour l'alourdissement des clientèles en CAH, etc...) feront l'objet de recommandations spécifiques de la part du CRSSSE comme par le passé.

RENOUVELLEMENT D'ÉQUIPEMENTS DANS LE SECTEUR SOCIAL

Le CRSSSE a réparti l'enveloppe régionale 1986-87 prévue pour le renouvellement d'équipements dans le secteur social, soit un budget de 432 900 $. 60% de cette enveloppe, soit 259 740 $, a été alloué de façon forfaitaire aux établissements selon le prorata des montants accordés en 1985-86. La répartition a cependant tenu compte de l'addition dans notre région de deux centres d'accueil d'hébergement, soit le Foyer de Valcourt et La Maison paternelle. Conséquemment, les montants fortaitaires de 1986-87 sont accrus de près de 4.4% par rapport à 1985-86. Dans le cas du Foyer de Valcourt dont l'annexion est survenue à l'automne 1985, le montant a été déterminé en comparaison avec les autres centres d'accueil d'hébergement de la région selon le nombre de lits. Pour La Maison paternelle dont l'annexion est survenue plus récemment, le MSSS a ajouté à notre enveloppe régionale un montant de 4 400 $ aux fins du renouvellement d'équipements à partir duquel le montant forfaitaire a été déterminé, soit 2 640 $.

Ainsi, vingt-six établissements ont pu bénéficier de diverses sommes d'argent et

(Suite à la page 23)

DEMANDES DE RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

Le conseil d'administration a été saisi, les 6 mai et 19 juin derniers, de l'ensemble des demandes régionales présentées dans le cadre des demandes annuelles de ressources humaines, matérielles et financières. L'ensemble des demandes s'élèvent à 47 184 664 $ réparties en 309 projets.

Dans le secteur social, les demandes totalisent 32 415 263 $ pour 210 projets et se répartissent de la façon suivante:

TYPES DE SERVICES *	PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES
• Services en CLSC (45)	5 050 860 $
• Services en CSS (48)	4 001 095 $
• Services en CAH (76)	17 441 168 $
• Services en CAR	
- Mères en difficulté d'adaptation (3)	133 400 $
- Personnes mésadaptées (14)	1 054 000 $
- Déficience intellectuelle (17)	1 238 043 $
- Déficience physique (5)	1 571 672 $
- Toxicomanie (2)	1 925 025 $

Pour sa part, le secteur de la santé présente 99 projets pour une somme de 14 769 401 $.

TYPES DE SERVICES *	PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES
• Santé mentale	
- amélioration et développement (6)	888 703 $
• Soins de courte durée	
- amélioration et développement (53)	6 521 140 $
- maintien (15)	2 042 380 $
• Soins de longue durée et gériatrie	
- amélioration et développement (13)	4 474 637 $
- maintien (3)	256 013 $
• Ressources alternatives en santé mentale (9)	586 528 $

De plus, dans le cadre des "projets majeurs d'immobilisations", le CRSSSE présente au MSSS vingt-cinq projets représentant des budgets de 34 262 039 $. Le

* Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de projets.

secteur social est concerné par six projets de rénovations fonctionnelles et vétusté pour un montant de 4 125 192 $. Dans le secteur de la santé, huit projets de sécurité-vétusté nécessitent une somme de 11 619 175 $ tandis que onze projets de rénovations fonctionnelles s'élèvent à 18 517 672 $.

PROGRAMMATION DU C.L.S.C. ALFRED-DESROCHERS

Le CLSC Alfred-Desrochers, en implantation depuis le 1er avril 1986, vient de voir sa programmation préliminaire accepter par le conseil d'administration du CRSSSE. Ce CLSC a acquis la majorité de ses ressources dans le cadre des transferts en provenance d'autres établissements. Dans ce contexte, l'établissement présente une programmation préliminaire qui sera redéfinie pour l'année 1987-88 considérant que le personnel transféré avait déjà une pratique professionnelle définie dans un contexte de travail propre à l'institution de provenance avec ses caractéristiques particulières. Il est à noter que ce personnel oeuvrait déjà sur une grande partie du territoire de la MRC Memphrémagog.

Les services seront regroupés dans les sept programmes généraux suivants:

- le programme administratif,
- le programme accueil-information,
- le programme famille,
- le programme maintien à domicile,
- le programme de la condition féminine,
- les programmes communautaires,
- le programme santé au travail.

Cependant, la dispensation des services se réalisera sur une base de sous- programmes. À titre d'exemple, le programme famille comprendra: la santé maternelle et infantile, la santé scolaire à l'élémentaire, la santé scolaire au secondaire, la santé dentaire, le service social scolaire et la consultation psychosociale.

Enfin, la MRC Memphrémagog sera desservie par un point de services à Magog, un point de chute à Potton (sous-région) et un deuxième point de services pour les villes frontalières qui comptent 5 000 habitants.

* * *
* *

JEAN-PIERRE DUPLANTIE À LA COMMISSION ROCHON

(Suite de la page 9)

que de la population au lieu de faire une réflexion en vase clos sur les orientations à prôner. Dans ce sens-là, j'étais heureux de m'associer à une démarche qui répondait à mes attentes. J'y retrouve une très grande richesse en terme d'expérience et d'apprentissage sur toutes les façons dont on peut offrir les services sociaux et sur ce que sont les services sociaux eux-mêmes. J'ai toujours été intéressé à en avoir une vision la plus large possible et à dépasser les questions des mandats d'une seule catégorie d'établissements pour être capable de me préoccuper de l'ensemble des besoins dans ce secteur. Ça permet évidemment de répondre à mes attentes personnelles et de découvrir non seulement les différentes formes que peuvent prendre les services sociaux mais aussi l'engagement de la population au Québec. Je pense qu'il est temps non seulement de valoriser l'ensemble des bénévoles parce qu'on en a un très grand nombre autant chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées, mais aussi nos professionnels parce qu'il y a toutes sortes d'expérience qui se réalisent et on pourrait même dire un peu malgré les systèmes actuellement.

On peut se demander pourquoi la participation de quelqu'un qui vient d'une région? Au moins deux personnes au sein de la commission viennent de régions extérieures à Québec et Montréal. Je pense qu'on va apporter à la commission, la couleur et notre préoccupation pour les régions; il faut dire que les autres commissaires y sont déjà très sensibilisés et que le choix de commencer, par une tournée régionale, réflète la préoccupation de l'ensemble des commissaires pour les régions et les façons qu'elles ont d'offrir les services. Les commissaires manifestent la volonté de tenir compte des particularités régionales et de ne pas tout simplement fonctionnner avec des modèles pour Québec ou Montréal et qui présentent par la suite toutes sortes de problèmes au niveau régional.

Il est bien sûr que chaque commissaire a des intérêts particuliers, mais dans son fonctionnement global, tous ont la préoccu-

pation de se donner des connaissances pour être capable de passer un jugement sur les différents secteurs que nous touchons tant le secteur social que le secteur de la santé. Dans cette approche, tout en reconnaissant que je n'ai pas personnellement les compétences que des gens en provenance du secteur de la santé peuvent avoir dans leur secteur, il y a des attentes à mon égard pour que je m'intéresse tout autant au secteur de la santé et que j'apprenne à bien le connaître; c'est évidemment là une autre source de richesse pour moi. C'est ainsi pour tous les autres membres à l'égard du secteur social, bien que je puisse avoir une préoccupation particulière à ce chapitre.

Dernières nouvelles: Jusqu'à maintenant, quelles sont les principales préoccupations communes à l'ensemble du Québec et qui ont été soumises à la commission ? Un bref bilan, quoi?

Jean-Pierre Duplantie: À ce moment-ci, il n'y a pas encore eu de discussion entre les commissaires en vue d'établir le bilan, les orientations à retenir, les conclusions importantes. Il est bel et bien prévu qu'on fasse cette opération lorsqu'on aura terminé la tournée de toutes les régions. Avec le peu de temps qu'on peut avoir, on a amorcé une première réflexion pour voir comment ramasser l'ensemble du matériel mais rien de ça n'a été défini.

Quant aux thèmes qui ont été soumis à la commission, je pourrais tout simplement vous en nommer quelques-uns. Il y a au centre des préoccupations d'à peu près tout le monde le thème de la centralisation versus la décentralisation et ce, dans les différentes régions. Il y a évidemment tout le thème des coûts: les coûts de la santé, de la médecine en général. A également été soulevé, le problème des régions éloignées et comment elles pourraient en arriver à attirer, par exemple, les professionnels de la santé et des services sociaux. Cette préoccupation ne s'adresse pas qu'aux médecins mais à beaucoup d'autres types de

professionnels qui n'arrivent pas à se rendre dans les régions éloignées et dont elles auraient besoin comme personnel de base sans même parler des spécialités. Autres préoccupations qui sont à l'ordre du jour de ce temps-là: celle de tous les organismes communautaires et de leur financement, celle de la prévention et des investissements à faire, celle de l'humanisation des services.

Voici des préoccupations qui reviennent dans toutes les régions du Québec. Il y a é demment, dans certaines régions, des problématiques particulières telles: le niveau d'appauvrissement, le taux de suicides, en plus des problèmes d'accessibilité aux services.

Dernières nouvelles: Maintenant, nous allons traiter, de façon plus spécifique, de l'Estrie. Notre région se signale-t-elle par des particularités et des différences par rapport à l'ensemble du Québec ou des autres régions?

Jean-Pierre Duplantie: Évidemment, il n'y a rien de neuf que de mentionner que, dans l'Estrie, il y a toute la question de la décentralisation qui a fait l'objet d'une préoccupation d'un certain nombre d'organismes et ça se comprend puisqu'il y a eu un décret permettant à l'Estrie d'aller plus loin au niveau au moins des intentions dans le domaine de la décentralisation. Un certain nombre de mémoires ont donc porté sur ce sujet qui a davantage été développé dans l'Estrie. Fait à noter aussi, l'Estrie ne dispose pas, tel qu'on le retrouve dans d'autres régions, d'institutions psychiatriques qui regroupent l'ensemble des personnes ayant des problèmes psychiatriques. Ceci apporte peut-être à l'Estrie une plus grande ouverture sur le milieu, bien qu'on est conscient qu'un certain nombre de problèmes existent dans la transition des bénéficiaires des milieux hospitaliers vers le milieu naturel. Au niveau de l'assemblée générale, certaines problématiques ont été soulevées pour la première fois telles celles des personnes handicapées auditivement et celle des "retrouvailles". Il faut aussi

souligner l'intervention d'une personne qui a connu l'influence d'une secte religieuse et qui a nécessité des services dans le cadre de la protection de la jeunesse.

Enfin, la commission s'est engagée à développer un document sur chacune des régions du Québec, genre portrait socio-sanitaire, et elle devrait être en mesure de le déposer à la fin de l'été. Ces documents permettront d'examiner les différences qui peuvent exister dans l'organisation des services ou encore quant à certaines problématiques particulières avec lesquelles certaines régions pourraient être aux prises.

BUDGETS 1986-87

(Suite de la page 17)

ce, en conformité avec la recommandation de la Commission des immobilisations des services sociaux.

L'autre 40% de l'enveloppe régionale, soit 173 160 $, est conservé au CRSSSE et servira à donner suite au demandes particulières des établissements du secteur social ou à une priorité régionale (exemple: l'informatique). Ces demandes seront analysées par la CISS pour décision en fonction de critères d'admissibilité établis par le CRSSSE.

PLAN ANNUEL DES IMMOBILISATIONS 1986-87

Le CRSSSE a adopté son Plan annuel des immobilisations 1986-87 et ce, à la fois pour le secteur santé et social. Dans le premier secteur, 52 projets totalisant une demande de 8 864 880 $ ont été présentés et classés par priorité. Leur réalisation dépendra, entre a[illegible] budgets consentis par le MSSS. Au niveau du secteur social, le Plan annuel des immobilisations comprend déjà 39 projets nécessitant 344 523 $ du budget régional de 581 900 $. Certains des vingt autres projets actuellement au stade des études préliminaires et représentant une somme de 320 800 $ pourront éventuellement être acceptés.

* * * * *

FOYER SACRÉ-COEUR DE MAGOG

Le Foyer Sacré-Coeur de Magog s'est doté, en mai 1986, d'un conseil d'administration conforme à l'article 82 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Depuis quelques années, une certaine confusion existait à l'égard du statut du Foyer Sacré-Coeur de Magog vs l'Hôpital La Providence de Magog. En effet, les deux établissements détenaient chacun une charte datant des années '60 et un permis spécifique comme établissement public. Au niveau budgétaire, le Foyer Sacré-Coeur était traité par le MSSS comme un établissement public avec un budget spécifique mais compris à l'intérieur du programme des centres hospitaliers; cependant, le MSSS, en accord avec le CRSSSE, s'apprêtait à transférer pour l'exercice 1986-87 le budget du Foyer Sacré-Coeur au programme de l'hébergement. Donc, à toutes fins pratiques, le Foyer Sacré-Coeur possédait toutes les caractéristiques d'un établissement public sauf au chapitre du conseil d'administration, ce dernier étant inexistant au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il devenait nécessaire, de l'avis du CRSSSE, de régulariser cette situation et de mettre en place un conseil d'administration en conformité avec la Loi, d'autant plus que le conseil d'administration de l'Hôpital La Providence de Magog (qui voyait auparavant à la gestion du Foyer Sacré-Coeur) s'y était montré favorable dans son Projet Mission visant à définir la vocation et les orientations de ce centre hospitalier à court, moyen et long terme.

LES DERNIERES NOUVELLES

OCTOBRE 1986 NUMÉRO 25

DÉPÔT LÉGAL, BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

SOMMAIRE

Les priorités régionales..... 2

Services aux personnes âgées dans la MRC du Val Saint-François.....11

Les services pédiatriques au CHUS.....12

Partage des responsabilités CSSE-CLSC.....12

Budget pour l'alourdissement des clientèles hébergées.....13

Les mesures d'urgence, une préoccupation quotidienne.....14

Deux nouveaux CLSC.....15

Confidentiellement vôtre!.....16

La Maison Paternelle.....16

Centre de bénévolat le Réseau d'entraide.....17

"Aînés en santé".....18

Travailleuse sociale de l'année au Québec.....20

LES PRIORITÉS RÉGIONALES

BILAN DES RECOMMANDATIONS

Plus de 200 représentants d'établissements de santé et de services sociaux ainsi que de groupes et d'organismes communautaires de l'Estrie ont indiqué au CRSSSE, en présence de plusieurs délégués du MSSS, lors du Forum sur la santé en Estrie, le 19 septembre dernier, les interventions prioritaires les plus susceptibles d'apporter des solutions aux douze problématiques mises de l'avant pour notre région compte tenu des ressources, du contexte actuel et des travaux en cours; ils ont aussi proposé des moyens pour donner suite à l'opération.

Plus de 200 personnes du réseau et des organismes communautaires sont venues exprimer leurs points de vue

Ainsi les sept interventions prioritaires suivantes émergent de l'ensemble des travaux des dix ateliers de travail:

- développer une approche plus globale et préventive des problématiques;
- supporter les groupes communautaires dans leur apport au réseau des services de santé et services sociaux;
- développer les ressources non-institutionnelles complémentaires aux services existants;
- valoriser le développement de l'autonomie et de la responsabilité des individus;
- utiliser davantage les média d'information comme moyen de communication auprès de la population;
- susciter plus de concertation et de complémentarité entre les intervenants régionaux;
- développer une meilleure accessibilité aux services pour la population de langue anglaise.

De plus, les trois recommandations suivantes portant sur le suivi à apporter au processus de définition des priorités régionales ont également été adressées au CRSSSE:

- favoriser la participation des organismes du milieu et des autres intervenants concernés à la solution des problèmes identifiés;
- que l'allocation budgétaire permette, de façon générale, de supporter les orientations privilégiées et, de façon plus spécifique, de consolider les groupes communautaires oeuvrant dans les secteurs priorisés;
- que le CRSSSE assume le leadership dans le choix de priorités et dans le suivi à donner à la démarche.

HISTORIQUE

Ce dossier remonte à avril 1985 au moment où le conseil d'administration manifestait la volonté d'asseoir à l'avenir ses décisions et ses travaux sur une planification globale plus solide faisant référence, de façon plus systématique, à des services ou à des clientèles prioritaires. Il voulait, du même coup, associer davantage les établissements de santé et de services sociaux ainsi que la population à cette démarche.

C'est avec l'aide d'un comité aviseur, formé des présidents(es) des commissions du CRSSSE et des représentants(es) des établissements uniques dans leur catégorie, de même que de représentants(es) de la communauté, que la démarche a été entreprise. En octobre 1985, un groupe de travail, constitué de représentants du CSSE (M. Martin Lemmens), du DSC/CHUS, (MM Robert Pronovost et Michel Carbonneau) et du CRSSSE (M. Pierre Roy), fut mandaté pour mener à bien l'opération et formuler des recommandations au conseil d'administration.

Depuis, sous le thème "Problèmes de santé et problèmes sociaux en Estrie, défis

présents et futurs", le CRSSSE a effectué, à partir d'un état de situation des principaux problèmes en matière de santé (physique, mentale et psycho-sociale), une vaste consultation à la fois de la population et des 42 établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie. Cette opération devait conduire notre région à identifier les problèmes régionaux, ses orientations, ses priorités et ses axes de développement pour les prochaines années au chapitre des problèmes de santé et des problèmes sociaux ainsi qu'à préciser le mécanisme de suivi conséquent à la démarche en cours.

CONSULTATION DE LA POPULATION

Au niveau de la population, les groupes socio-communautaires de même que le citoyen estrien ont eu droit au chapitre. Ainsi, plus de 200 représentants des groupes socio-communautaires ont exprimé leurs avis lors de sept colloques de MRC tenus entre les 11 mars et 2 avril dernier. De plus, un sondage scientifique avec un échantillon pris au hasard de la population a été effectué auprès de 1000 citoyennes et citoyens des sept MRC de l'Estrie. Ce sondage a remporté un vif succès puisque les questionnaires reçus ont totalisé 62.4% des envois initiaux, ce qui dépasse de beaucoup le taux habituel de réponse pour ce genre d'opération.

CONSULTATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES PROFESSIONNELS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les avis des établissements du réseau estrien de la Santé et des Services sociaux et ce, autant au niveau des directions que des professionnels, ont été recueillis. D'abord, chaque équipe de direction a pu exprimer ses avis lors d'une entrevue avec chaque établissement, cette tournée de rencontres s'étant déroulée de février à avril. Chaque comité de direction fut invité à traduire d'une part ses préoccupations quant à ses clientèles prioritaires mais aussi à réagir quant à l'ensemble des problématiques du réseau tant au plan physique, mental que psychosocial.

De plus, le jeudi 24 avril, huit "tables de consultation" se sont tenues, chacune traitant des problématiques ou des clientèles (0-14, 14-25, 25-64 et 65 et plus) et mettant en présence des professionnels de diverses catégories d'établissements afin de les entendre à partir d'une grille commune d'entrevue de groupe.

LE FORUM ET SON SUIVI

Enfin, toute l'opération a débouché sur le "Forum sur la santé en Estrie", le 19 septembre 1986. À cette occasion, les 200 participants étaient invités à:

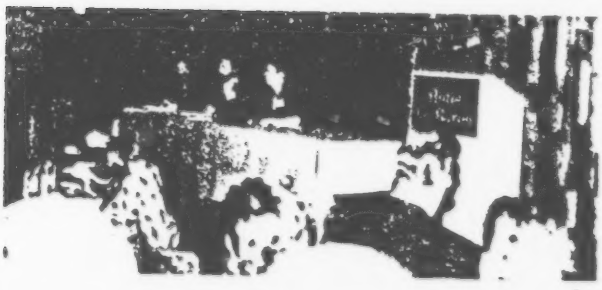
- formuler leurs commentaires sur la démarche et les conclusions du rapport;

- identifier les interventions prioritaires parmi l'ensemble des douze problématiques soulevées compte tenu des ressources, du contexte actuel et des travaux en cours;

- proposer des moyens pour donner suite à l'opération en terme de contribution de chacun et de mécanismes de suivi.

L'événement fut un succès important tant par la participation que par la qualité des discussions, des recommandations et de la volonté d'action des participants. Le tout s'est déroulé sous la présidence de Madame Denise Lalancette, la présidente du conseil d'administration du CRSSSE.

Les travaux en ateliers ont été fructueux en discussion et échange



Mme Denise Lalancette prononce l'allocution d'ouverture du forum

Des représentants de tous les secteurs étaient présents

Suite à l'allocution d'ouverture par Madame Lalancette, les participants se sont regroupés en dix ateliers de travail jusqu'à la plénière en fin d'après-midi.

Le travail en atelier fut interrompu pour le dîner au cours duquel le sous-ministre adjoint à la Direction de la Santé au MSSS, Monsieur Raymond Carignan, s'adressa aux participants dans une brève allocution.

M. Raymond Carignan, le sous-ministre adjoint à la Direction de la Santé s'adresse aux participants

Enfin, la plénière permit de faire le point sur la journée; chaque atelier présenta son rapport contenant ses commentaires, les interventions prioritaires proposées et ses recommandations de suivi.

Lors de la plénière, chaque atelier a apporté ses recommandations

Monsieur Paulin Dumas, le sous-ministre adjoint à la Direction générale des programmes de Services sociaux, et Monsieur Albert Painchaud, le directeur général du CRSSSE, ont tous deux clôturé la journée par une allocution ouvrant grandes les portes sur les perspectives d'avenir de ce nouveau concept de planification régionale.

MM. Paulin Dumas et Albert Painchaud prononcent chacun une allocution de clôture ouvrant sur les perspectives d'avenir

Voici quelques extraits de l'allocution de Monsieur Paulin Dumas:

"... Nous sommes très heureux d'avoir participé à cette journée et j'ai été personnellement très intéressé par la façon dont vous abordiez la question de la santé physique, mentale et sociale. Il m'apparaît que cette orientation est très fraîche et je dirais même qu'elle est de niveau international. Je trouve que le discours n'est pas inflationniste dans le sens qu'il n'est pas orienté vers des demandes mais vers le mieux faire en terme d'orientation, en terme de développement, en terme d'investissement aussi, vers aussi la complémentarité des interventions, la cohérence, vers l'attention profonde à l'être humain dans ses besoins comme individu, dans ses besoins comme couple, comme parent et aux différentes étapes de sa vie. Mon intérêt personnel aussi porte sur le réalisme et la volonté d'aboutir à des actions concrètes. J'applaudis particulièrement sur la qualité du produit livré par le document, résultat d'efforts conjugués DSC, CSS, Conseil régional, participation des établissements et des intervenants et de la population.

À mon sens, s'il est une responsabilité qui colle à la mission d'un Conseil régional, c'est bien celle de la planification et de la priorisation appuyées sur un bilan, un diagnostic des problèmes de santé et de services sociaux des personnes qui vivent sur son territoire. Il m'apparaît que la démarche choisie par le Conseil de l'Estrie est très originale et très prometteuse. Cette démarche, selon moi, tombe à point parce qu'elle arrive aussi au moment où le ministère a décidé de se redonner une majeure en matière de planification et d'évaluation, au moment où le ministère a décidé, si je peux m'exprimer ainsi, de renouveler son coffre d'outils pour s'assurer qu'il assumera mieux dans l'avenir ses propres responsabilités au plan provincial, au moment aussi où il enclenche des travaux pour identifier ce que seront les plans régionaux de services...

... Notre défi, au ministère, sera aussi d'ajuster nos mécanismes pour traiter plus efficacement les priorités régionales et de livrer le support permanent que cela nécessite...

... Sans prendre plus de temps, je dirais qu'on doit se souhaiter bonne chance puisque maintenant il nous faudra traduire, c'est clair, le mandat que vous donnez à votre Conseil. À chaque fois que vous donnez un mandat à un Conseil régional, le ministère a les oreilles ouvertes parce qu'il sait lui aussi que, comme partenaire, il a aussi des devoirs à faire. Nous aurons à traduire en programmes, en budgets, en réalisations tout ce qui est plus prioritaire à faire dans le contexte économique qu'on connaît mais avec la volonté de complémentarité qui se développe de plus en plus dans nos régions et ce, dans une perspective de décloisonner, de complémentariser et d'avoir une approche, à mon avis, qui est

très saine comme celle que j'ai vue dans ce texte-là et que vous avez débattue aujourd'hui, la question globale de la santé physique, mentale et sociale indissociable..."

Pour sa part, Monsieur Albert Painchaud situe la démarche sur l'élaboration des priorités régionales de la façon suivante:

"... Nous arrivons non seulement au terme d'une journée très fructueuse mais aussi à la fin d'une opération importante qui a évolué sur plusieurs mois, opération qui a nécessité du temps, de l'énergie et surtout une volonté de devenir.

Cette opération, elle témoigne de ce qu'une région peut faire et veut faire, de sa capacité de concertation, de son sens de l'initiative et de la détermination de ses gens à se doter des meilleurs instruments de travail. Certains sages, pendant leur courte enquête, auraient peut-être eu intérêt à constater sur place ce que l'ensemble des éléments que je viens de mentionner peuvent amener comme résultats.

En fait, ce que nous venons de compléter est le fruit d'un effort collectif où chacun, qu'il soit administrateur, professionnel, bénévole, y a mis du sien, a fait des compromis en vue de se doter de pistes d'avenir qui orientent vraiment nos prochaines actions. Voilà des signes de vitalité régionale dont nous pouvons être fiers.

Mais, en fait, sur quoi débouchons-nous exactement? Qu'est-ce qui caractérise tant cette démarche? Après plusieurs années d'essais et erreurs, nous débouchons enfin sur un concept de planification plus éclairée quant à des secteurs d'activités qu'il faut privilégier. Nous voyons d'un oeil nouveau des clientèles qui, jusque là, étaient demeurées sans attention et qu'il faudra dorénavant privilégier. Nous arrivons avec une vision élargie de la santé et des services sociaux où nous reconnaissons l'opportunité de maintenir et de consolider dans notre région un réseau de services qui soit fiable et de qualité, mais surtout du besoin de développer la promotion de la santé et le sens communautaire. Dans cette éventualité, les ressources alternatives qui, jusqu'à maintenant, ont souvent fait l'objet de pieuses intentions, devront avoir droit de cité et s'installer résolument dans la complémentarité du réseau existant. Cela signifie aussi que les budgets d'appoint devront suivre si l'on veut véritablement donner de l'essort à ces orientations.

Voilà tracées brièvement quelques lignes qui précisent déjà certaines actions qui devront découler de ces orientations.

Mais après qu'arrivera-t-il? Tout ceci n'aura-t-il été qu'un beau feu de paille? Non, du côté du CRSSSE, nous n'entendons pas que le tout reste là. Dès novembre, le conseil d'administration du CRSSSE aura été saisi de l'ensemble des éléments et informations qui découlent de tous ces

travaux et il statuera définitivement sur ces priorités attendues depuis longtemps déjà. Il aura aussi à se pencher sur les actions prioritaires elles-mêmes et un certain nombre de moyens qu'il entend mettre de l'avant en vue d'un suivi concret.

Je crois bien aussi que le conseil d'administration du CRSSSE pourra lui aussi être fier de cette cohésion qui s'est opérée dans tout notre réseau régional et qui redit l'importance de l'appartenance d'une région à ses idéologies et à ses objectifs de services."

L'ensemble du matériel recueilli durant tout ce projet a été soumis aux commentaires des Commissions du CRSSSE qui seront eux aussi déposés au conseil d'administration. Ce dernier statuera définitivement sur les priorités régionales en matière de santé et de services sociaux pour les prochaines années lors d'une assemblée spéciale en novembre.

LES DOUZE PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES DE L'ESTRIE

Les décisions et les actions qui découleront des travaux sur l'élaboration des priorités régionales se rattacheront aux douze problématiques prioritaires retenues pour notre région, pour les prochaines années, et qui vous sont présentées selon leur rang respectif.

Les problèmes de santé mentale ressortent en priorité tant par l'ampleur du phénomène que par les impacts négatifs qu'ils provoquent chez l'individu concerné et ses proches. Les établissements de même que les organisations du milieu nous ont fait valoir l'importance de cette problématique et sa présence dans toute la région et pour la majorité des groupes d'âges.

Les difficultés d'accomplissement des rôles parentaux apparaissent comme deuxième priorité dans un contexte de communication parents-enfants des plus difficiles et à une période où ni l'autorité imposée, ni le laisser-faire nuisible ne sont des références efficaces en matière d'éducation familiale.

Alors que plus du tiers des mariages célébrés en 1986 se solderont par une rupture et que le nombre de personnes seules avec enfants à charge est à la hausse et ce, à un niveau record, les problèmes reliés aux conflits de couple occupent le troisième rang dans l'échelle des priorités; pensons aux impacts sociaux de toutes ces ruptures, particulièrement sur l'équilibre familial et considérons le peu de place que nous avons jusqu'ici accordé à cette problématique pour comprendre finalement qu'il y a définitivement lieu d'agir face à ce problème en terme de prévention, d'accompagnement et de support.

La consommation excessive d'alcool, de drogues et de médicaments constitue un quatrième palier d'intervention à une époque où d'abord le phénomène de consommation en général est à son paroxysme et où ensuite la culture nord-américaine nourrit l'illusion d'un bonheur d'occasion accessible dans une composition chimique ou un fluide éthylique.

Difficulté majeure pour un grand nombre de citoyens, l'inactivité économique sous toutes ses formes (chômage, pré-retraite et retraite, dépendance financière, etc.) constitue en soi un générateur de problèmes. Malgré la complexité du phénomène et l'ampleur de ses causes au plan national et international, il ne faudra pas oublier au cours des prochaines années le phénomène de la pauvreté qui s'y rattache. Les services de santé et services sociaux ont certes à prendre en considération ce phénomène qui apparaît au cinquième rang de nos priorités.

Sous le vocable "problèmes reliés au manque d'autonomie", nous retrouvons, comme sixième problème, l'ensemble des difficultés reliées au handicap permanent ou temporaire limitant l'activité du citoyen et, de ce fait, créant un déséquilibre par rapport à ses habitudes de vie habituelles.

Au septième rang, apparaît une problématique plus nouvelle, soit le phénomène de l'isolement touchant d'abord les personnes âgées et ensuite des familles vivant principalement en zone périphérique. Le fait de se sentir isolé des autres démobilise le citoyen et l'installe dans une dépendance néfaste pour sa santé mentale avec des répercussions au plan physique et social. Nos consultations nous ont fréquemment éveillés à cette difficulté, un cauchemar pour de plus en plus de concitoyens vivant à domicile, dans un contexte de solitude et d'abandon.

Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires, premier tueur nord-américain et principal emblème des mauvaises habitudes de vie des québécois. C'est le huitième problème dans lequel on nous invite à investir pour le futur tenant compte qu'il s'agit là d'une problématique où les moyens d'agir tant en prévention, en soins, qu'en réadaption sont bien connus et reconnus efficaces pour la population.

Par la suite, arrive le phénomène décrit par de nombreuses associations et groupes communautaires, un mal qui se répand et dont les média témoignent régulièrement, soit la violence physique et les abus sexuels. Mentionnons à ce titre que les établissements sont de plus en plus conscientisés au phénomène par le biais des urgences et des consultations indirectement reliées à cette problématique. Révélateur d'une frustration et d'un sentiment d'impuissance, le comportement violent et agressif a été appris, comme on l'a mentionné, au même titre que peut être apprise une attitude plus sereine

(Suite à la page 13)

SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES DANS LA MRC DU VAL ST-FRANÇOIS

Le CRSSSE vient d'approuver les programmations de services de quatre établissements dans la MRC du Val St-François et ce, dans le cadre de l'enveloppe annuelle de 516 000 $ rendue disponible en mai 1986 par la ministre de la Santé et des Services sociaux pour le développement de services aux adultes et aux personnes âgées dans cette MRC. Ce projet de développement de services de maintien à domicile dans cette MRC comporte plusieurs volets:

- centre de jour itinérant;
- augmentation du niveau de services à domicile;
- développement de familles d'accueil;
- services de réadaptation;
- soutien à des organismes communautaires.

De plus, il a nécessité la concertation des établissements suivants regroupés via une table de concertation: le CLSC du Val St-François, le Centre de réadaptation Estrie, le Foyer Richmond, le Centre de services sociaux de l'Estrie et l'Hôpital St-Louis de Windsor. Aussi, le Foyer de Valcourt et le Foyer de Bromptonville collaboreront à l'opération du centre de jour itinérant.

À son assemblée du 7 octobre 1986, le conseil d'administration a donc:

- approuvé les programmations de services du CLSC du Val St-François, du Centre de réadaptation Estrie, du Foyer Richmond et du Centre de services sociaux de l'Estrie;

- décidé de rembourser les dépenses d'opération réelles encourues par les établissements en 1986-87 jusqu'à concurrence de 40% du budget annualisé de 516 000 $ (ce qui représente, pour 1986-87, un budget maximum de 86 000 $ pour le CLSC du Val St-François, de 29 200 $ pour le Centre de réadaptation Estrie, de 60 000 $ pour le Foyer de Richmond et de 28 800 $ pour le CSSE);

- décidé d'allouer sur une base non récurrente le solde du budget, soit 309 600 $, de même que le montant de 193 000 $ provenant du fonds d'équipement (qui était destiné à l'hébergement dans la MRC du Val St-François) pour les réaménagements et les équipements requis par l'implantation des nouveaux services autorisés;

- mandaté le groupe de travail mis sur pied par le CRSSSE en mai dernier pour assurer le suivi et l'évaluation du projet pendant la première année d'opération et pour faire rapport au CRSSSE et aux commissions concernées.

Pour sa part, le comité administratif a réparti, le 2 septembre, le montant de 6 000 $ réservé pour les organismes communautaires de maintien à domicile de la MRC du Val St-François au prorata des budgets déjà consentis à ces organismes. Ainsi, la région de Valcourt recevra 1 264 $, le Centre de bénévolat de Richmond, 2 368 $, et le Centre d'action bénévole de Windsor, 2 368 $.

LES SERVICES PÉDIATRIQUES AU CHUS

Récemment, le CHUS annonçait, parmi d'autres mesures de réallocation budgétaire, des réaménagements à son service de pédiatrie, soit la réduction de deux lits aux soins intensifs, de quatre lits aux soins généraux pour enfants et une augmentation de trois lits à l'unité d'adolescents qui pourra accueillir désormais de jeunes adultes (18-21 ans). La Commission des centres hospitaliers (C-CH) a été saisie de la situation afin de s'assurer si la réorganisation de ce service à vocation régionale aurait un impact sur les services à la clientèle.

Il ressort de l'analyse du dossier que:

- au niveau des soins réguliers, la réduction de lits annoncée est en concordance avec les taux réels de fréquentation des trois dernières années; elle devrait permettre des taux d'occupation réaliste;
- au niveau des soins intensifs, le taux d'occupation pourrait être très élevé.

Par ailleurs, dans l'éventualité où la clientèle pédiatrique du CHUS augmenterait sensiblement, le CHUS s'est engagé à prendre ses responsabilités, en temps et lieu, et à faire les ajustements nécessaires comme il l'a toujours fait pour les services à caractère régional. Pour sa part, le conseil d'administration du CRSSSE s'est montré satisfait, lors de son assemblée du 7 octobre dernier, des explications fournies par le CHUS et ce, en accord avec la recommandation de la C-CH.

PARTAGE DES RESPONSABILITÉS CSSE-CLSC

Un dernier montant de 43 630 $ vient d'être partagé entre certains CLSC de l'Estrie dans le cadre du partage des responsabilités CSSE-CLSC. Cette somme comprend un budget de 4 979 $ octroyé à la région pour fin de prévention des placements d'enfants et une enveloppe de 38 651 $ allouée à l'Estrie pour finaliser le dossier du partage des responsabilités CSSE-CLSC. Suite à la recommandation en ce sens de la Commission des CLSC, seuls les CLSC ayant un per capita inférieur à la moyenne ont été retenus pour fin du partage:

CLSC SOC	1 438 $
CLSC Gaston-Lessard	22 047 $
CLSC Alfred-Desrochers	10,162 $
CLSC Albert-Samson	3 905 $
Budget en fiducie au CRSSSE	6 078 $

À l'automne 1985, dans le cadre de l'entente CSSE-CLSC, lorsque le MSSS a procédé au transfert budgétaire du CSSE vers les CLSC, une somme de 6 078 $ a été défalquée en trop du budget du CSSE. Le CRSSSE retournera donc celle-ci à cet établissement.

BUDGET POUR L'ALOURDISSEMENT DES CLIENTÈLES HÉBERGÉES

L'Estrie s'est vue octroyer en 1986-87 un budget de développement annualisé de 248 883 $ au chapitre de l'alourdissement des clientèles hébergées en CAH et en soins prolongés (CH). Après avoir réservé une somme de 50 000 $ en vue d'effectuer une évaluation des bénéficiaires d'ici juin 1987, le solde, soit 198 883 $, a été réparti entre les centres d'accueil d'hébergement de la façon suivante:

Centre d'accueil de Wotton	21 448 $
Foyer d'Asbestos	19 955
Foyer de Weedon	16 360
Foyer Richmond	27 808
Foyer Ste-Anne-Marie	14 857
La Maison Blanche de North Hatley	12 865
Le Maison Paternelle	20 262
La Résidence de l'Estrie	57 067
Résidence Melbourne	8 261

Cette répartition tient compte des mêmes critères qu'en 1985-86 et veut rétablir un équilibre entre les établissements en

(Suite à la page 14)

LES PRIORITÉS RÉGIONALES

(Suite de la page 10)

et respectueuse des droits et libertés des autres.

Au dixième rang viennent les accidents et traumatismes divers qui surviennent sur la route, au foyer et au travail, et, de plus en plus, dans les loisirs associés aux véhicules récréatifs. Ces accidents sont non seulement responsables de perte de vie et de productivité bien sûr, mais aussi de handicaps temporaires et permanents, particulièrement chez les jeunes.

Au onzième rang et de façon tout aussi importante, se classent les tumeurs et cancers qui affectent de nombreuses familles estriennes et sur lesquels il est essentiel de poursuivre nos efforts de recherche, de support et d'accompagnement. Associées à plusieurs facteurs, ces problématiques qui se situent au deuxième rang des causes de la mortalité estrienne méritent qu'on y consacre davantage d'énergie pour les prochaines années.

En dernier lieu, se retrouvent les maladies respiratoires; la haute fréquence de ces maladies et la restriction permanente ou temporaire d'activités qui en découle en font une problèmatique importante. Même si elles touchent principalement les jeunes et les personnes âgées, les maladies respiratoires constituent un problème de tous les âges.

LES MESURES D'URGENCE, UNE PRÉOCCUPATION QUOTIDIENNE

La division des Mesures d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le CRSSSE, tenait, le 30 septembre et 1er octobre 1986, au gymnase de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, une exposition itinérante ayant pour thème "Les mesures d'urgence, une préoccupation quotidienne". Outre les établissements de santé et de services sociaux, l'exposition sur les mesures d'urgence s'adressait également aux représentants des services de pompiers municipaux, aux coordonnateurs municipaux des mesures d'urgence et aux représentants du bureau régional de la Protection civile.

Quelques visiteurs échangent avec un représentant du MSSS

Quatre-vingt-cinq personnes ont visité l'exposition dont les représentants de sept centres hospitaliers et de six centres d'accueil d'hébergement. Les visiteurs étaient plus particulièrement informés et sensibilisés sur les thèmes suivants (couvrant différents aspects reliés aux mesures d'urgence): système d'alarme, statistiques et méthodes d'évacuation, chambre du bénéficiaire, matériel de protection contre l'incendie, risques d'incendie, matériel ignifuge et normes ainsi que la planification des mesures d'urgence.

BUDGET POUR L'ALOURDISSEMENT DES CLIENTÈLES HÉBERGÉES

(Suite de la page 13)

permettant aux CAH de remonter à 74,7% de leurs besoins au niveau des soins de santé et d'assistance alors que les centres hospitaliers de soins de longue durée se situent entre 80,6% et 87,8%.

De plus, un programme-cadre régional des services de réadaptation en CAH et en CH-SLD sera élaboré par le CRSSSE également d'ici juin 1987 en collaboration avec la Commission des centres d'accueil d'hébergement et la Commission des centres hospitaliers. Enfin, une évaluation de l'utilisation des argents déjà alloués pour des services spécialisés (263 000 $) sera effectuée par le CRSSSE.

DEUX NOUVEAUX CLSC

CLSC MARIA-THIBAULT

Le 19 septembre dernier, le CLSC Maria-Thibault (à Lac Mégantic) était inauguré officiellement par la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux, et ce, en présence de Madame Maria Thibault qui a accepté de donner son nom au nouveau CLSC. Cet établissement desservira, à partir de ses deux points de services soit Lac-Mégantic et Lambton, l'ensemble des vingt-deux municipalités de la MRC du Granit. La ministre a rappelé au personnel de l'établissement la nécessité de travailler sur le terrain et d'être à l'écoute de la population pour mieux cerner les besoins les plus urgents. "Plus que tout, il vous faut bien identifier votre clientèle-cible pour ne pas disperser vos énergies et vos ressources ou chevaucher les efforts des autres institutions" a-t-elle souligné. Cet avènement se veut l'aboutissement d'une dizaine d'années de travail, de recherche et de concertation du milieu.

CLSC ALBERT-SAMSON

Pour sa part, le nouveau directeur général du CLSC Albert-Samson, Monsieur Rosaire Provencher, officialisait, en conférence de presse le 25 septembre dernier, l'implantation du centre local de services communautaires qui desservira les 16 municipalités de la MRC de Coaticook. L'établissement compte présentement 17 employés permanents et prévoit augmenter ce nombre à 20 ou 21 après la création de services complémentaires. Enfin, c'est sous le signe de la collaboration avec des organismes déjà existants tels le Centre hospitalier de Coaticook, les cliniques médicales privées, les organismes sociaux, les organisations municipales, les groupes bénévoles, les milieux scolaires, etc... que le CLSC Albert-Samson entreprend sa démarche d'implantation. De plus, un effort important sera fourni pour clarifier les services existants dans l'ensemble de la communauté de la MRC de Coaticook afin qu'ils soient mieux connus auprès de la population.

D'autre part, le conseil d'administration du CLSC Albert-Samson a procédé, en juin, à la sélection du directeur général du nouvel établissement. Monsieur Rosaire Provencher agit donc à ce titre depuis le 21 juillet. Celui-ci oeuvrait déjà dans le réseau de la Santé et des Services sociaux; en effet, il était depuis 1980 le directeur général du Centre d'accueil Ovila Légaré à Montréal. Il a également travaillé dans le secteur hospitalier, entre autres à l'Association des hôpitaux du Québec et au Centre hospitalier St-Euzèbe de Joliet.

CONFIDENTIELLEMENT VÔTRE!

C'est sous le thème "Confidentiellement vôtre!" que se déroulera, du 16 au 22 novembre 1986, la campagne biennale de sensibilisation à la confidentialité organisée pour l'Association québécoise des archivistes médicales.

Les objectifs de la campagne sont les suivants;

- rappeler aux professionnels de la santé et à tout le personnel du réseau les bases juridiques de l'accès à l'information confidentielle de même que les responsabilités qui en découlent;
- informer le bénéficiaire de ses droits à la confidentialité et à l'accès de son dossier de santé;
- sensibiliser la population à la confidentialité des renseignements personnels;
- sensibiliser les associations et les organismes au rôle de l'archiviste médicale face à la confidentialité et promouvoir la profession;
- et inciter tous et chacun au respect de l'autre dans sa vie privée.

Plusieurs instruments de promotion (affiches, calendrier, jeu, macaron, attestation, menu, serviette de table, vidéocassette, etc...) seront utilisés afin de rejoindre le public visé. Dans l'Estrie, Madame Nicole Dufresne du Service des archives médicales au CHUS agit à titre de coordonnatrice régionale et peut être rejointe au numéro 563-5555 (poste 4370).

LA MAISON PATERNELLE

Le Foyer Jeanne-Mance (à Lac Mégantic) et le Foyer Castel des Aïeux (à Lambton) ont procédé à une fusion administrative; la nouvelle institution, La Maison Paternelle, a son siège social au 3675, rue du Foyer à Lac Mégantic. Le nouveau conseil d'administration, composé de onze membres nommés par la ministre de la Santé et des Services sociaux, gère un budget de l'ordre de 1 700 000 $. Le nouvel établissement compte 110 lits dont 52 à son installation de Lac Mégantic, 43 à Lambton et 15 au Pavillon Ste-Cécile, et quelques 83 employés y oeuvrent. De plus, ce centre d'accueil offre, entre autres, les services suivants: un Ombudsman, Tel-Aide à domicile, la médecine à vacation, une comptabilité informatisée, l'hébergement temporaire et la médication selon le système "unidose". Une fondation organisera également en octobre de chaque année une levée de fonds dans la MRC du Granit pour défrayer les coûts d'appareils que l'établissement considère essentiels mais que le budget ne permet pas d'acquérir.

CENTRE DE BÉNÉVOLAT LE RÉSEAU D'ENTRAIDE

Le Centre de bénévolat le Réseau d'entraide (un secteur de Caritas-Sherbrooke) effectue présentement une recherche sur la motivation des bénévoles et ce, grâce à l'octroi d'une subvention de 32 837 $. du Conseil québécois de la recherche sociale. Celle-ci s'effectue sous la direction de Monsieur Maurice Payette, professeur en psychologie communautaire de l'Université de Sherbrooke, et de deux intervenants.

Le Réseau d'entraide (constamment à la recherche de bénévoles pour différents services à rendre) et les organismes communautaires du milieu attendent beaucoup de cette recherche qui, espère-t-on, répondra au moins en partie à une question souvent sans réponse: comment garder ses bénévoles? De fait, le roulement des bénévoles est considérable au sein de nombreux organismes qui doivent consacrer des efforts répétés pour recruter de nouveaux bénévoles. Cela signifie de l'énergie, du temps et de l'argent, investissements auxquels ne répondent pas très souvent les bénévoles par leur assiduité et par la continuité de leur service. Plusieurs responsables d'organismes savent d'expérience que de nombreux bénévoles viennent pour des séjours plutôt brefs au sein des organismes. Connaître les raisons de ce va-et-vient et tenter d'y remédier revêt une grande importance, on le comprend sûrement.

Cette recherche-action se fait en collaboration avec deux organismes du milieu selon une méthodologie spécifique qui permettra de mesurer (avant et après la recherche) le taux de roulement du personnel, le degré de satisfaction des bénévoles et l'implantation de mécanismes appropriés. On vise par cette recherche à élaborer une méthode de gestion de la motivation pour un organisme bénévole en expérimentant cette méthode construite à travers une intervention systématique et complète auprès des deux organismes bénévoles spécialement choisis. Après la réalisation du projet, le Réseau d'entraide souhaite rendre la méthode facilement utilisable et accessible à tous les organismes, leur permettant ainsi de prévenir la démobilisation de leurs collaborateurs et le roulement de leur personnel, ce qui amènera, à plus ou moins long terme, l'amélioration de la qualité des services. Si les résultats obtenus sont satisfaisants, on entrevoit même la possibilité d'en faire une publication qui pourrait être distribuée à l'échelle du Québec puisque les problèmes étudiés suscitent les mêmes préoccupations dans un grand nombre d'organismes communautaires.

"AÎNÉS EN SANTÉ"

L'Ambulance Saint-Jean, organisme à but non lucratif, a, entre autres objectifs, celui de faire la promotion de la santé auprès de la population. Dans ce contexte, l'organisme offre, aux personnes âgées de cinquante ans et plus, un programme intitulé "Aînés en santé" mis sur pied au Québec en juillet 1983. Des objectifs de maintien de la qualité de vie, de la santé et de l'autonomie y sont mis en évidence.

Des professionnels de la santé animent le programme qui se divise en dix modules dont huit sont choisis selon les besoins réels du groupe. La durée du programme est de huit semaines à raison de deux heures par semaine. Le nombre idéal de participants est de quinze à vingt personnes par groupe d'aînés.

Le contenu des modules regroupe les sujets suivants:

Introduction

- Explique en quoi consiste "Aînés en santé"
- Fait connaître l'Ambulance Saint-Jean

Savoir s'adapter aux changements sur le plan physique

- Décrit les changements associés au vieillissement et comment y faire face
- Montre comment tirer le maximum d'une visite chez le médecin

L'activité physique

- Montre comment se garder en forme en faisant des exercices quotidiens

Bonne nutrition = bonne Santé

- Explique où trouver de l'aide pour les repas
- Donne des suggestions alimentaires pour la collation de l'après-midi
- Montre comment préparer des repas nourrissants à prix abordable
- Donne des conseils pour faciliter la digestion

Savoir faire face au stress

- Aborde les sujets suivants:
  - le stress
  - le sommeil
  - la perte de mémoire
  - les changements au niveau du mode de vie
  - le fait de vivre seul

Savoir prendre ses médicaments

- Présente ce qu'il faut faire et ne pas faire relativement à l'usage des médicaments (y compris les médicaments en vente libre)

- Donne des renseignements sur les médicaments et leurs effets nocifs possibles

- Montre comment se rappeler de prendre ses médicaments

Les urgences

- Montre comment faire face à des situations d'urgence telles que:
  - l'étouffement
  - l'inconscience
  - l'état de choc
  - la crise cardique
  - les brûlures, etc.

L'importance d'un milieu sûr

- Donne des conseils de sécurité personnelle et à la maison

Que faire en cas de maladie

- Présente des techniques de soins de base vous permettant de vous soigner et de soigner les malades

Savoir garder son indépendance

- Fournit toute l'information concernant l'une des affections suivantes:
  - le diabète
  - l'arthrite
  - l'ostéoporose
  - les troubles cardiaques
    ou
  - d'autres problèmes de santé de longue durée

À la fin du programme "Aînés en santé", chaque aîné reçoit une attestation de l'Ambulance Saint-Jean.

Depuis janvier 1984, 1331 aînés se sont inscrits au programme, déjà diffusé dans la région du Montréal-métropolitain, dans la Beauce, à Baie Comeau, à Piopolis et à Québec.

PROGRAMME DE FORMATION

Les 17, 18 et 19 novembre prochain, Madame Claire Michaud Le Blanc d'Ambulance Saint-Jean donnera une session de formation dans le cadre du programme "Aînés en santé". La session s'adresse aux infirmiers et infirmières qui travaillent auprès des personnes de cinquante ans et plus et leur permettra de diffuser, par la suite, ce programme auprès de groupes de douze à quinze aînés. Pour les infirmiers et infirmières du réseau de la Santé et des Services sociaux, le coût du programme de formation est de 75,00 $ par candidat(e) et l'établissement s'engage à organiser l'année suivante une session du programme "Aînés en santé" auprès d'au moins un groupe d'aînés. Les CLSC, les centres d'accueil d'hébergement et les centres de jour de l'Estrie ont déjà été informés du programme. Pour plus d'information ou pour s'inscrire, il faut communiquer avec:

M. Jean-Marie Croteau
(819) 569-6066
- le lundi de 8 h 00 à 16 h 00
- le mercredi de 12 h 30 à 16 h 00
- le vendredi de 12 h 30 à 16 h 00

La session se donnera au local de l'Ambulance Saint-Jean à Sherbrooke:
289, rue King ouest
Sherbrooke (Québec) J1H 1R2

TRAVAILLEUSE SOCIALE DE L'ANNÉE AU QUÉBEC

Madame Murielle Lapointe

La Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec décernait, le 3 mai dernier lors de son colloque annuel, le titre de "Travailleuse sociale de l'année" à Madame Murielle Lapointe du Centre de services sociaux de l'Estrie. Cette nomination voulait reconnaître l'implication professionnelle et administrative de Madame Lapointe dans l'élaboration et la mise sur pied des programmes Abus sexuel et Expertise psychosociale à la Cour supérieure. De plus, Madame Lapointe s'est montrée fort active au sein du comité de la condition féminine tant régionalement que provincialement, de même qu'au sein de sa corporation professionnelle. Ce concours annuel (qui était à sa deuxième édition en 1986) veut honorer et remercier en particulier un membre de la corporation pour sa contribution à l'avancement de la profession.

LES DERNIERES NOUVELLES

JANVIER 1987, NUMÉRO 26

DEPOT LEGAL BIBLIOTHEQUE NATIONALE DU QUEBEC

CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

SOMMAIRE

L'INSIGNE DU MÉRITE À MADAME DENISE LALANCETTE 2

POLITIQUE DES ESPACES SANS FUMÉE..... 3

LE NOUVEAU SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION 4

CRITÈRES DE RÉPARTITION DES BUDGETS 5

1 200 PERSONNES AU CLSC MARIA-THIBAULT 6

SERVICES AMBULANCIERS 6

DEUX NOUVEAUX POINTS DE SERVICES 7

"LE CLSC EST ICI: VOUS SAVEZ CE QU'IL APPORTE?" 8

LE SUICIDE EN ESTRIE, C'EST L'AFFAIRE DE QUI? 9

BÉNÉVOLES, ON VOUS ATTEND! 10

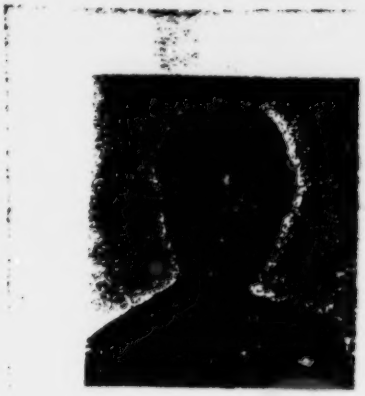
RECONNAISSANCE PAR LE MSSS DE L'ACAPA 12

NOMINATIONS AU COMITÉ ADMINISTRATIF DU CRSSSE 13

POUR SUSCITER NOTRE RÉFLEXION 13

AFFICHES PORTANT SUR L'ALCOOL 16

L'INSIGNE DU MÉRITE À MME DENISE LALANCETTE



Mme Denise Lalancette

Le 6 novembre 1986, Madame Denise Lalancette recevait l'Insigne du Mérite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à l'occasion de la 66ième assemblée générale annuelle de l'Ordre, cette distinction, la plus haute décoration de l'OIIQ, voulant reconnaître la contribution d'une infirmière à l'avancement de la profession.

Depuis les quinze dernières années, Madame Lalancette a apporté une contribution importante non seulement dans le domaine de l'enseignement des sciences infirmières mais aussi dans celui de l'ensemble

des sciences de la santé au Québec. Elle s'est fortement impliquée dans le réseau québécois des Affaires sociales et elle dirige depuis 1979 le Département des sciences infirmières à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke dont elle a été la maître-d'oeuvre de l'élaboration et de l'implantation du programme de Baccalauréat en sciences infirmières. De plus, elle est intimement liée à l'acceptation des infirmières dans le programme de maîtrise en sciences cliniques de la Faculté de médecine de cette même université. Son implication sociale s'est particulièrement manifestée au niveau du CRSSSE depuis 6 ans. Elle en est aujourd'hui la présidente du conseil d'administration et vice-présidente de la Conférence des CRSSS du Québec. Elle fut le porte-parole du secteur de la santé au Sommet socio-économique de l'Estrie.

Sa crédibilité au sein de la profession d'infirmière est reconue. Elle a siégé tant au conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada qu'à la présidence de comités de l'OIIQ et de la Corporation régionale. Son curriculum vitae comprend une liste impressionnante de conférences au plan régional, provincial et national. Au plan international, elle a été membre d'une délégation d'infirmières canadiennes en République populaire de Chine au printemps 1984. Madame Lalancette détient une maîtrise en sciences du nursing de la Boston University.

(Suite à la page 15)

POLITIQUE DES ESPACES SANS FUMÉE

Le CRSSSE vient de se doter d'une politique des espaces sans fumée et, depuis le 1er janvier 1987, il est interdit de fumer dans les locaux du CRSSSE sauf dans certains endroits bien précis. Cette politique s'adresse au personnel du CRSSSE ainsi qu'aux autres personnes qui fréquentent les locaux du conseil régional. Elle vise essentiellement à respecter les droits des non-fumeurs à un environnement sain et à permettre l'usage du tabac dans certains lieux spécifiques du CRSSSE.

Il est donc désormais interdit de fumer au CRSSSE sauf dans une salle (fumoir) accessible aux personnels du CRSSSE et aux personnes qui fréquentent nos locaux. En ce qui concerne les bureaux personnels, la décision est laissée à la discrétion des occupants.

Comme le CRSSSE est un organisme dont la mission fondamentale est liée à la prévention et à la promotion de la santé, l'organisme souhaite ainsi rendre ses politiques plus congruentes avec cette mission.

LE NOUVEAU SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Suite à la position de la Commission des centres hospitaliers (C-CH) de favoriser le statu quo au chapitre du système régional d'admission et de ne pas emboîter le pas comme l'ensemble des autres catégories d'établissements, le conseil d'administration du CRSSSE a, à son assemblée du 16 décembre 1986, réaffirmé ses décisions sur le sujet de décembre 1985 et janvier 1986 et a demandé aux centres hospitaliers de se conformer à la Loi et aux décisions prises et d'assurer dès maintenant et sans réserve leur participation au nouveau système régional d'admission.

En vertu de la Loi et de son Règlement publié en octobre 1984, le CRSSSE devait "élaborer et coordonner avec la collaboration des établissements un système d'admission et de transfert des bénéficiaires dans les établissements offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement". En adoptant ces dispositions, le législateur visait à favoriser l'amélioration des soins aux clientèles et une planification plus adéquate des services.

Depuis, le CRSSSE s'est acquitté de sa tâche et, le 17 décembre 1985, au terme de plusieurs années de consultation auprès des commissions, le conseil d'administration adoptait le cadre général d'un système d'admission et de transfert des bénéficiaires pour l'Estrie. À la suite d'autres consultations et auditions publiques, le CRSSSE décidait, le 8 janvier 1986, de retenir le système CTMSP comme outil d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires dans le cadre du nouveau système d'admission en soins de longue durée et d'hébergement. Au cours de l'année, en collaboration avec son comité intersectoriel, le CRSSSE s'est employé à assurer l'exécution de ces décisions et, pour ce faire, il a notamment:

- assuré la mise en place des divers comités et équipe prévus au système;
- recruté et nommé la personne chargée d'assurer la coordination du système;
- assuré la formation des personnels qui devront évaluer les clientèles;
- fixé au 15 décembre 1986 la date d'entrée en vigueur des nouvelles procédures d'admission.

Dans un prochain numéro, Les dernières nouvelles vous présenteront l'ensemble du nouveau système régional d'admission.

* * *
* *

CRITÈRES DE RÉPARTITION DES BUDGETS

À son assemblée de novembre, le conseil d'administration a reçu le Rapport final du comité de la C-CARPHM sur l'élaboration des critères de répartition des budgets. Le rapport présente, en première partie, les critères généraux au niveau des services directs aux bénéficiaires pour les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle. On y retrouve la définition des services donnés et la clientèle et ce, pour chaque type de services dans la gamme suivante:

- les services internes de réadaptation,
- les services internes,
- les ressources résidentielles de groupe (1 à 4 personnes),
- les ressources résidentielles de groupe (5 à 9 personnes),
- le foyer de groupe de réadaptation,
- le foyer de groupe de transition,
- le foyer de groupe à supervision minimale,
- la famille d'accueil de réadaptation.

Au chapitre de la réinsertion et de l'intégration sociale, des centres de jour et des services d'apprentissage aux habitudes de travail, on y indique la définition des services et les critères d'inscription pour les types de services suivants:

- l'assistance éducative à domicile,
- l'assistance éducative en garderie,
- l'assistance éducative en milieu scolaire,
- l'assistance éducative en milieu de vie autonome (à la famille ou à la famille d'accueil, en chambre et pension ou en appartement),
- le centre de jour pour enfants,
- le centre de jour pour adultes,
- les services d'apprentissage aux habitudes de travail.

La deuxième partie du document propose un modèle pour chaque type de services et décrit pour chacun les ressources humaines permettant de rencontrer les critères énoncés dans la première partie.

Le conseil d'administration a convenu que le rapport sur l'élaboration des critères de répartition des budgets serait considéré comme un document de référence et qu'il serait utilisé au moment de l'étude de la répartition des ressources dans le cadre de la révision de la programmation des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

* * *
* *

1,200 PERSONNES AU CLSC MARIA-THIBAULT

Franc succès pour le CLSC Maria-Thibault! En effet, 1 200 personnes de la MRC du Granit sont venus rencontrer, les 4 et 5 octobre dernier, les membres du conseil d'administration et du personnel de l'établissement, à Lambton et à Lac Mégantic, dans le cadre de deux journées "Portes ouvertes". Cette activité marquait à la fois l'aboutissement de la première année de services du CLSC auprès de la population de la MRC du Granit et l'intention ferme de l'établissement de continuer de s'ouvrir sur les besoins de la communauté. Dans un supplément spécial de douze pages publié dans l'Écho de Frontenac, le mardi 30 septembre, le CLSC Maria-Thibault présenta aux lecteurs, sous le thème "Un CLSC près de chez vous", son historique, son logo, les membres de son conseil d'administration, son personnel, ses services, le plan de ses locaux, ses points de services et son territoire ainsi que son rapport annuel d'activités 1985-86 et ses données financières. La présidente du conseil d'administration, Madame Jeanne C. Bédard, indique les orientations que suivra le CLSC dans le futur: "L'objectif des administrateurs et des personnes-ressources qui y oeuvrent maintenant est de tout faire en notre possible pour satisfaire aux besoins de notre clientèle, avec toute le professionnalisme que l'on reconnaît à nos intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, mais aussi avec cette chaleur humaine qui doit transparaître dans chacune de nos interventions auprès des bénéficiaires."

SERVICES AMBULANCIERS

Une enquête menée récemment par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des services ambulanciers au Québec révèle, entre autres, l'excellente performance de la région en ce qui concerne le temps requis par les transporteurs ambulanciers pour répondre à un appel urgent. En effet, le temps moyen est d'environ dix minutes alors qu'il se situe entre neuf et quinze minutes pour les autres régions du Québec.

Il faut également signaler que, pour les transporteurs de Sherbrooke, le temps de réponse se situe à un peu plus de six minutes... ce qui les place troisième au Québec.

DEUX NOUVEAUX POINTS DE SERVICES

POINT DE SERVICES DE ROCK FOREST

Au début de novembre, un nouveau point de services du CLSC SOC a ouvert ses portes à Rock Forest en vue de desservir la population des secteurs de Rock Forest, de St-Élie d'Orford et de Deauville. Les services y sont disponibles au 5112 boul. Bourque, à Rock Forest ou en téléphonant à 564-6520. Une équipe d'une quinzaine d'intervenants et d'intervenantes oeuvre à ce nouveau point de services. Par l'Accueil-référence, la population du secteur pourra obtenir tous les services qu'offre le CLSC SOC: santé, psychosocial et action communautaire. À l'instar des autres points de services, même si ce ne sont pas toutes les catégories de professionnels qui occupent les lieux, la population sera en mesure de recevoir une réponse à ses besoins et ce, par la mobilité des intervenants et des intervenantes du CLSC.

Par l'ouverture d'un quatrième point de services, le CLSC SOC se rapproche davantage de la population de ce secteur comprenant environ 15,000 personnes. Auparavant, les gens des secteurs de Rock Forest, de St-Élie-d'Orford et de Deauville recevaient déjà des services du CLSC mais la concrétisation du point de services permettra d'y ajouter la couleur locale que la communauté voudra bien lui donner, selon les dires de Monsieur Yves Martineau alors directeur général par intérim. Enfin, depuis bientôt 4 ans, la population de ce territoire réclamait l'ouverture d'un CLSC et un comité de citoyens avait été formé pour travailler à la réalisation du projet.

POINT DE SERVICES D'EAST ANGUS

En octobre dernier, le CLSC Fleur de Lys inaugurait son point de services d'East Angus. La cérémonie venait concrétiser une attente de douze années pour la population d'East Angus. Les municipalités de Westbury et d'Ascot Corner seront également desservies à partir de ce nouveau point de services, le quatrième du CLSC Fleur de Lys. En plus de dispenser les services de santé, psychosociaux et d'action communautaire en vue de répondre aux besoins de la population, le personnel du point de services aidera les gens de ce secteur à se prendre en main et à trouver des solutions à leurs propres problèmes.

* * *
* *

"LE CLSC EST ICI: VOUS SAVEZ CE QU'IL APPORTE?"

Afin de toujours mieux informer la population de toute la MRC, le CLSC du Val St-François a publié en octobre 1986 un petit livret d'information intitulé "Le CLSC est ici: vous savez ce qu'il apporte?"

Condensé et facile à lire, cette brochure présente une vue d'ensemble sur les différents services offerts par le CLSC du Val St-François. Y sont répertoriés les services suivants:

- l'accueil et l'information
- les rencontres pré et postnatales
- le suivi médical de grossesse
- les cliniques de vaccination, les suivis de santé, les consultations psychosociales, l'hygiène dentaire et le support aux parents dans le secteur de la petite enfance (0 à 5 ans)
- les suivis de santé, les consultations psychosociales, l'hygiène dentaire, les activités de santé préventive pour les jeunes de 5 à 12 ans
- les suivis de santé, les consultations psychosociales et les activités de santé préventive pour les jeunes de 12 à 18 ans
- l'aide à domicile, les soins à domicile, la physiothérapie et l'ergothérapie à domicile et l'évaluation des demandes d'hébergement
- les consultations psychosociales aux enfants, adultes et personnes âgées
- la médecine familiale sur rendez-vous
- les urgences médicales mineures
- la promotion de la santé dans la communauté
- la santé et les conditions de vie des femmes
- la santé mentale
- la prévention et la promotion de la santé chez les aînés(es)
- la santé au travail
- le support communautaire

La brochure décrit de façon simple ce qu'offre chacun des services du CLSC du Val St-François et facilite ainsi l'accessibilité à ses services pour toute la population de la MRC. Elle est distribuée gratuitement et les personnes intéressées peuvent se la procurer à la réception de chaque point de service du CLSC du Val St-François, soit à Windsor, Richmond, Bromptonville et Valcourt. Une version anglaise est également disponible.

LE SUICIDE EN ESTRIE, C'EST L'AFFAIRE DE QUI?

Le 17 novembre, en conférence de presse, le Carrefour Intervention Suicide 05 Inc. (CIS) a tenté de sensibiliser la population de l'Estrie à l'état extrêmement critique de sa situation financière. L'organisme a également mis en relief le manque de détermination et de volonté politique du MSSS à l'égard de la prévention et de l'intervention auprès des personnes suicidaires en Estrie. En effet, le MSSS, en n'octroyant pas les argents récurrents nécessaires au fonctionnement permanent du CIS, prive les personnes suicidaires et leurs proches d'une ressource communautaire vitale, toujours selon cet organisme. Les besoins financiers annuels du CIS sont de l'ordre de 115 000 $. Dans ce contexte, le CIS se voit dans l'obligation de suspendre ses activités dès janvier 1987 car les argents dont il dispose ne lui permettent pas d'assurer un minimum de fonctionnement adéquat au-delà de cette date.

La population de l'Estrie a-t-elle les moyens de perdre une ressource communautaire vouée à la prévention et à l'intervention en matière de prévention du suicide? Sûrement pas, de l'avis du CIS! En effet, entre 1981 et 1983, l'Estrie figurait parmi les régions du Québec les plus touchées par le phénomène du suicide. Actuellement, chaque semaine une personne se suicide dans notre région. On estime qu'au moins une personne par jour tente de s'enlever la vie. Malgré cette triste réalité, l'Estrie fait office de parent pauvre quant aux subventions en provenance du MSSS en matière de prévention du suicide. À cet égard, selon le CIS, la politique du gouvernement du Québec est tout-à-fait incohérente: dans certaines régions du Québec, le MSSS a versé des sommes allant de 130 000 $ à 300 000 $ pour des centres de prévention du suicide, alors qu'en Estrie ce même ministère n'a versé que la modique somme ponctuelle de 5 000 $.

Il apparaît inacceptable, au CIS, que leur organisme reconnu régionalement par la population, les intervenants et le réseau de la Santé et des Services sociaux, comme pertinente et absolument nécessaire, se voit dans l'obligation, depuis près de deux ans, de fonctionner au jour le jour sans support concret et permanent de l'État. Plus particulièrement, depuis avril 1986, c'est uniquement grâce aux efforts soutenus de ses bénévoles et à leur engagement communautaire que le CIS réussit à survivre. Sans financement récurrent, sans permanence, les bénévoles ont continué à offrir des services d'écoute téléphonique, d'inter-

(Suite à la page 14)

BÉNÉVOLES, ON VOUS ATTEND !

Le Centre de bénévolat Le Réseau d'entraide et vingt-quatre autres organismes ont présentement besoin de bénévoles afin de poursuivre leurs oeuvres auprès de leurs clientèles. Les personnes intéressées à obtenir plus de renseignements sur les organismes en question, sur leurs services, sur les clientèles desservies et les tâches confiées aux bénévoles ou pour proposer leurs services comme bénévoles peuvent communiquer avec Le Centre de bénévolat Le Réseau d'entraide (636, rue Québec, Sherbrooke Qc, J1H 2M2, (819) 566-6345). Cet organisme a pour mission particulière de:

- promouvoir le bénévolat dans le milieu,
- rencontrer des personnes disponibles à offrir des heures libres,
- orienter les bénévoles vers les services qui les intéressent.

Les vingt-quatre organismes suivants désirent présentement recruter de nouveaux bénévoles:

- Le Centre hospitalier
  St-Vincent de Paul
  300, rue King est
  Sherbrooke Qc J1G 1E1
  La Pastorale (819) 562-6603
  Les Auxilliaires bénévoles
  (819) 567-6639

- Le Groupe d'entraide La Cordée
  227, rue Wellington sud
  Sherbrooke Qc J1H 5E1
  (819) 565-1225

- Maison Jeune-est
  417, rue Papineau
  Sherbrooke Qc J1E 1X4
  (819) 567-4588

- Secours-amitié
  C. P. 1596
  Sherbrooke Qc J1H 5M4
  (819) 564-2323

- Le Service d'aide aux néo-canadiens
  Sherbrooke (SANC)
  172, rue Short, local 117
  Sherbrooke Qc J1H 2C5
  (819) 566-5373

- Le Groupe pro-amitié
  1200, rue King est
  Sherbrooke Qc J1G 1E4
  (819) 563-0144, poste 38

- L'Association des parents et amis
  des malades mentaux de l'Estrie
  244, rue Dufferin, local 258
  Sherbrooke Qc J1H 4M4
  (819) 563-1363

- Les Petits frères des pauvres
  636, rue Québec
  Sherbrooke Qc J1H 3M2
  (819) 566-6345

- La Ligue pour la protection de
  l'enfance de l'Estrie Inc.
  903, rue Conseil
  Sherbrooke Qc J1G 1L6
  (819) 563-8774

- La Société d'arthrite
  CHUS, local 7418
  Sherbrooke Qc J1H 5N4
  (819) 564-5267

- Les Services récréatifs et communautaires de la ville de Sherbrooke
  132, rue Wellington nord
  Sherbrooke Qc J1H 5X8
  Nord: 821-5778 Centre: 821-5787
  Ouest: 821-5782 Est: 821-5789
  Coord. program. municipal: 821-5792

- Maison Reine-Marie Inc.
  1630, rue Galt ouest
  Sherbrooke Qc J1H 2B5
  (819) 566-1414

- Caritas-Sherbrooke
  636, rue Québec
  Sherbrooke Qc J1H 3M2
  (819) 566-6345

- Entraide-Jeunesse
  1200, rue King est
  Sherbrooke Qc J1G 1E4
  (819) 563-0144, poste 68

- Le Service des bénévoles du CHUS
  3001, 12è avenue nord
  Sherbrooke Qc J1H 5N4
  (819) 563-5555, poste 4509

- Association parents-secours Sherbrooke
  903, rue Conseil
  Sherbrooke Qc J1G 1L6
  (819) 563-8774

- L'Association des handicapés visuels de l'Estrie
  18, rue Wellington nord, local 10
  Sherbrooke Qc J1H 5B7

- YMCA-YWCA
  300, rue Montréal
  Sherbrooke Qc J1H 1E5
  (819) 569-7488

- Partage St-François
  115, rue Galt ouest
  Sherbrooke Qc J1H 1X8
  (819) 821-2233

- Centre hospitalier de Sherbrooke (Sherbrooke Hospital)
  375, rue Argyle
  Sherbrooke Qc J1J 3H5
  (819) 569-3661

- Le Réseau d'amis(es) de Sherbrooke et des environs Inc.
  1200, rue King est, suite 100
  Sherbrooke Qc J1G 1E4
  (819) 562-2494

- Hôpital d'Youville
  1036, rue Belvédère sud
  Sherbrooke Qc J1H 4C4
  (819) 821-5100, poste 2204

- Sercovie Inc.
  300, rue Conseil
  Sherbrooke Qc J1G 1J4
  (819) 565-1066

- Ambulance St-Jean, région de l'Estrie
  289, rue King ouest, local St-Jean
  Sherbrooke Qc J1H 1R2
  (819) 569-6066

* * *
* *

RECONNAISSANCE PAR LE MSSS DE L'ACAPA

En mars 1986, suite à une demande de l'Association des centres d'accueil privés autofinancés (ACAPA), le MSSS a accepté une reconnaissance de fait de cet organisme, de même nature que celle accordée à d'autres associations représentant diverses catégories d'établissements telles que l'ACACQ, la Fédération des CLSC, l'ACSSQ et l'AHQ. Cette nouvelle association regroupe 72 établissements membres dont sept en Estrie, soit:

- Le Centre d'accueil Deauville (Deauville)
- Le Foyer Maisonneuve (Sherbrooke)
- Le Mont Saint-Dominique (Sherbrooke)
- La Pension Oasis (Sherbrooke)
- La Résidence Rolling Hills (Lennoxville)
- La Résidence 55 Brooks (Sherbrooke)
- Le Saint-Paul RestHome (Bury)

L'ACAPA poursuit les buts et objectifs suivants:

- regrouper, sous sa gouverne, les propriétaires d'établissements privés autofinancés détenant un permis du MSSS;
- promouvoir, défendre et protéger les intérêts de ses membres;
- promouvoir la qualité des soins et des services aux résidents;
- élaborer un code d'éthique;
- être le porte-parole officiel de ses membres auprès du MSSS, des différents intervenants du réseau des Affaires sociales et du public en général.

Cette catégorie d'établissements s'adresse aux adultes et aux personnes âgées qui, en raison d'une perte d'autonomie aux plans physique, psychique ou psychosocial, ont besoin, outre le gîte et le couvert, de services de surveillance, de soins et d'assistance pour maintenir et accroître leur autonomie. Afin d'obtenir un permis du MSSS, les promoteurs doivent respecter des normes relatives au bâtiment, aux services, au personnel requis, aux garanties financières. La Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements laissent le soin aux établissements privés d'assumer eux-mêmes l'admission de leurs bénéficiaires. De plus, ces établissements, comme leur nom l'indique, ne reçoivent aucune subvention du MSSS ni pour leurs immobilisations, ni pour leur fonctionnement ou leurs opérations. Les propriétaires assument donc ces coûts à même les contributions des personnes âgées hébergées.

(Suite à la page 15)

NOMINATIONS AU COMITÉ ADMINISTRATIF DU CRSSSE

Le conseil d'administration profitait de son assemblée du 16 décembre 1986 pour élire les membres de son comité administratif 1986-87. Madame Denise Lalancette de l'Université de Sherbrooke (faculté de médecine) entreprendra un deuxième mandat à la présidence du conseil d'administration du CRSSSE alors que Monsieur Gilles Castonguay la secondera à la vice-présidence, lui aussi pour un deuxième mandat. Messieurs Bernard Lamy et Raynald Dodier agiront respectivement à titre de premier et deuxième conseiller. Pour sa part, Monsieur Albert Painchaud, le directeur général du CRSSSE, siègera d'office au comité administratif.

NOUVEAUX MEMBRES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CRSSSE

Sur les quinze membres du conseil d'administration, deux nouveaux venus ont fait leur entrée au conseil. Madame Valérie Courchesne et Monsieur Réal Bélanger ont tous deux été nommés par la ministre de la Santé et des Services sociaux après consultation des groupes socio-économiques de l'Estrie. Ils remplacent Madame Yolande Côté-Fowler et Monsieur Réal Rancourt, ce dernier avait déjà complété deux mandats consécutifs, le maximum prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Enfin, Madame Denise Lalancette a été reconduite pour un deuxième mandat de trois ans par la Ministre.

POUR SUSCITER NOTRE RÉFLEXION...

Une relation coopérative est possible lorsque les partenaires d'une relation se reconnaissent mutuellement une compétence par rapport aux objectifs poursuivis, lorsque les partenaires se concertent dans la poursuite de cibles communes et lorsqu'il y a un équilibre du pouvoir, chacun acceptant d'influencer son partenaire et d'être influencé par lui.

(Lescarbeau, Payette, St-Arnaud, DEVENIR CONSULTANT)

LE SUICIDE EN ESTRIE,
C'EST L'AFFAIRE DE QUI?

(Suite de la page 9)

vention d'urgence et de suivi auprès des personnes suicidaires et de leurs proches. Ces bénévoles ont agi ainsi avant tout parce qu'ils avaient la ferme conviction qu'une aide naturelle, communautaire et gratuite est de nature à donner le goût de vivre à certaines personnes. Ils l'ont fait également dans la perspective que tôt ou tard l'État saurait les appuyer dans leur action en octroyant au CIS les sommes récurrentes nécessaires à leur support et à leur encadrement. Cependant, le CIS se voit dans l'obligation de constater aujourd'hui que le MSSS ne partage pas les mêmes croyances.

Pourquoi, se demande l'organisme, l'État n'apporte-t-il pas un support financier permanent à une ressource communautaire qui, en deux ans d'existence, a répondu à plus de 1 000 appels téléphoniques en provenance de personnes suicidaires et est venue en aide directement à plus de 150 personnes aux prises avec ce mal de vivre (et ce n'est là, à son avis, que la pointe du iceberg)?

Pourquoi le MSSS ne vient-il pas compléter les efforts qui ont été faits au cours de la dernière année par la communauté régionale tel le CRSSSE, le CLSC Gaston-Lessard, le CSSE, les communautés religieuses, les hommes et femmes d'affaire qui ont tous fourni soit un support technique et professionnel et un support financier (15 000 $)?

Le CIS trouve inacceptable que la prévention du suicide fasse l'objet de subside de l'ordre de 300 000 $ dans certaines régions du Québec alors que l'Estrie ne reçoit qu'une aide d'urgence, d'autant plus qu'en juin 1986 l'organisme proposait au MSSS de recueillir lui-même en région 50% de ses besoins financiers de l'ordre de 115 000 $ annuellement en autant que le Ministère accepterait de l'appuyer en investissant, de façon récurrente, l'autre 50% soit près de 60 000 $. La proposition ne fut pas retenue.

Dans l'éventualité où le CIS fermerait ses portes, celui-ci croit que les personnes suicidaires et leurs proches n'auront d'autre alternative que de s'en remettre, sans doute trop tard dans plusieurs cas, aux salles d'urgence, aux antidépresseurs, aux hospitalisations répétées, ... bref à des solutions qui en bout de ligne coûteront beaucoup plus cher que ce qui serait nécessaire au maintien du CIS de façon permanente.

* * *
* *

RECONNAISSANCE PAR LE MSSS de l'ACAPA

(Suite de la page 12)

Plus particulièrement, l'ACAPA et ses établissements membres souhaitent une reconnaissance de fait par le réseau de la Santé et des Services sociaux. Les centres d'accueil privés autofinancés sont prêts à agir en tant qu'intervenants dans le système de santé et de services sociaux du Québec en autant qu'il leur soit permis de le faire à part entière. Ils souhaitent être consultés sur les besoins projetés à long terme et s'assurer d'une participation aux mécanismes régionaux de consultation et de décision.

Les centres d'accueil privés autofinancés constituent un complément aux autres ressources oeuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie soit:

- les centres hospitaliers de soins de longue durée et les unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers de soins de courte durée,
- les centres d'accueil d'hébergement publics,
- les centres d'accueil privés conventionnés,
- les pavillons,
- les familles d'accueil pour adultes,
- les centres de jour,
- les soins et services à domicile.

En Estrie, l'ACAPA peut être rejointe aux numéros (819) 563-9049 ou (819) 567-8931.

L'INSIGNE DU MÉRITE À MADAME DENISE LALANCETTE

(Suite de la page 3)

Pour leur part, les membres du conseil d'administration du CRSSSE ont souligné leur appréciation à Madame Lalancette et lui ont transmis leurs félicitations pour le titre qui lui a été décerné. Ils se sentent tout aussi honorés qu'une telle reconnaissance ait été faite à leur présidente et lui souhaitent leurs meilleurs voeux dans la poursuite de ses projets.

* * * * *

AFFICHES PORTANT SUR L'ALCOOL

La Direction des communications et le Service de toxicomanie du ministère de la Santé et des Services sociaux viennent d'éditer deux affiches portant sur la consommation d'alcool au travail ou lors d'activités de loisir. Déjà, la distribution auprès de plusieurs centaines d'entreprises ou d'organismes de loisirs intéressés à faire de la prévention auprès de leurs clientèles a été réalisée.

Cependant, si ces entreprises et organismes sont intéressés à obtenir en plus grand nombre de ces documents ou si des établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux ainsi que d'autres entreprises et organismes veulent se les procurer, ils peuvent en commander auprès du:

Service à la clientèle
Ministère de la Santé et
des Services sociaux
1088, rue Raymond-Casgrain
QUÉBEC (Québec)
G1S 2E4
Tél.: (418) 643-3380

Un bon de commande doit être complété à cet effet.

LES DERNIERES NOUVELLES

MARS 1987, NUMÉRO 27

DEPOT LEGAL BIBLIOTHEQUE NATIONALE DU QUEBEC

CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

SOMMAIRE

Les priorités régionales pour l'Estrie 2

Les services aux alcooliques et aux autres toxicomanes 9

Programmation du CLSC Albert-Samson 12

Appuis au Carrefour intervention suicide 14

35 000 $ à six organismes communautaires en santé mentale 16

Le Rivage du Val St-François 17

Inauguration du Foyer Sacré-Coeur de Magog 18

Les élections et les nominations 1987 dans le réseau 21

En bref 23

LES PRIORITÉS RÉGIONALES POUR L'ESTRIE

Après deux ans de travaux, de concert avec les établissements de santé et de services sociaux, les intervenants du réseau, la population et les représentants des groupes communautaires, le Conseil d'administration du CRSSSE a fait sien, à son assemblée du 10 février 1987, le contenu du rapport "Problèmes de santé et problèmes sociaux prioritaires, Défis présents et futurs en Estrie". Cette décision constitue la première phase d'une démarche conduisant à l'élaboration d'objectifs et de programmes en santé physique, mentale et psychosociale.

Le CRSSSE reconnaît donc, pour les quelques années à venir, les douze problématiques suivantes et ce, dans l'ordre de priorité énoncé ci-après:

1. Les problèmes de santé mentale,
2. Les difficultés d'accomplissement des rôles parentaux,
3. Les problèmes reliés aux conflits dans le couple,
4. L'alcool et les drogues,
5. Le chômage et les problèmes reliés à la pré-retraite et à la retraite,
6. Les problèmes reliés au manque d'autonomie,
7. L'isolement de certains groupes sociaux,

8. Les maladies cardio-vasculaires,
9. La violence physique et les abus sexuels,
10. Les accidents et traumatismes,
11. Les tumeurs et cancers,
12. Les maladies respiratoires.

L'ordre de priorité retenu ne constituera pas nécessairement l'ordre chronologique des interventions, celles-ci devant tenir compte à la fois de l'état d'avancement des travaux selon les différents secteurs, de la faisabilité de certains projets et des opportunités de réalisations de certains dossiers à des moments donnés.

Ont aussi été retenus, les huit enjeux suivants (les enjeux ne font cependant pas l'objet d'un ordre de priorité):

Enjeu 1: L'adoption d'un concept dynamique et enrichi de la santé (physique, mentale et psychosociale);

Enjeu 2: Le développement d'une approche globale, en favorisant tout particulièrement une intervention non uniquement sur les effets mais également sur les causes des problèmes;

Enjeu 3: Le développement et l'intégration d'un continuum d'interventions avec une préoccupation particulière quant à:
- la promotion de la santé,
- la prévention,
- la protection de la santé et
- la réadaptation;

Enjeu 4: La prédominance du milieu naturel comme lieu privilégié de vie avec comme conséquence:
- un continuum de ressources,
- une accentuation des services à domicile,
- un support d'accompagnement dans la communauté;

Enjeu 5: Le développement de l'autonomie chez l'individu et la famille;

Enjeu 6: La reconnaissance d'organismes communautaires et leur soutien comme partenaires du réseau impliquant:
- un programme de financement,
- une complémentarité avec le réseau;

Enjeu 7: L'accessibilité accrue aux services par la diminution des différentes barrières (géographiques, économiques, temporelles, psychosociales);

Enjeu 8: La concertation en vue d'une complémentarité réelle et fonctionnelle des vocations pour chaque clientèle, chaque territoire et entre le privé et le public.

Certaines priorités (la santé mentale, l'alcool et les drogues, l'isolement de certains groupes sociaux - volets "personnes âgées, personnes handicapées et anglophones" -, les maladies cardio-vasculaires, les accidents et traumatismes - volet "accidents de la route" -, les tumeurs et cancers et les maladies respiratoires) feront l'objet d'un plan d'action à court ou moyen terme précisant les objectifs visés, les actions requises, les ressources nécessaires et les

modalités d'organisation. Pour d'autres, il faudra soit approfondir la connaissance de la problématique, soit réaliser une réflexion plus à fond. La formulation d'un plan d'étude dont les résultats permettront d'élaborer, par la suite, un plan d'action s'avèrera plus opportun. Il en est ainsi des difficultés d'accomplissements des rôles parentaux, des problèmes reliés aux conflits dans le couple, du chômage, des problèmes reliés au manque d'autonomie, de l'isolement de certains groupes sociaux (volet "personnes économiquement faibles"), de la violence physique et abus sexuels ainsi que des accidents et traumatismes (volet "accidents à domicile").

Les résultats de cette démarche proviennent, d'une part, des données disponibles concernant chaque problématique (démographiques, épidémiologiques, demandes de services, etc.) et, d'autre part, d'une consultation réalisée auprès des établissements et de la population entre janvier et mai 1986 (42 établissements de santé et de services sociaux, 125 intervenants du réseau, 100 représentants de groupes communautaires et plus de 600 citoyens et citoyennes consultés). Les conclusions de cette étude concordent avec les grandes tendances des travaux réalisés tant au plan provincial, national qu'international (Conseil des Affaires sociales et de la Famille, MSSS, Santé et Bien-être Canada, O.M.S., etc.). De plus, les représentants des commissions et des établissements uniques dans leur catégorie de même que des représentants de groupes communautaires ont pu, à titre de membres du comité aviseur, participer et contribuer à l'ensemble des travaux. Un accueil majoritairement favorable au rapport "Problèmes de santé et problèmes sociaux prioritaires, Défis présents et futurs en Estrie" a été exprimé tant de la part des participants au Forum de septembre 1986 que de la part des commissions du CRSSSE et des établissements uniques dans leur catégorie.

HISTORIQUE

Ce dossier remonte à avril 1985 au moment où le conseil d'administration manifestait la volonté d'asseoir à l'avenir ses décisions et ses travaux sur une planification globale plus solide faisant référence, de façon plus systématique, à des services ou à des clientèles prioritaires. Il voulait, du même coup, associer davantage les établissements de santé et de services sociaux ainsi que la population à cette démarche.

C'est avec l'aide d'un comité aviseur, formé des présidents(es) des commissions du CRSSSE et des représentants(es) des établissements uniques dans leur catégorie, de même que de représentants(es) de la communauté, que la démarche a été entreprise. En octobre 1985, un groupe de travail, constitué de représentants du CSSE (M. Martin Lemmens), du DSC/CHUS, (MM Robert Pronovost et Michel Carbonneau) et du CRSSSE (M. Pierre Roy), fut mandaté pour mener à bien l'opération et formuler des recommandations.

Depuis, sous le thème "Problèmes de santé et problèmes sociaux en Estrie, défis présents et futurs", le CRSSSE a effectué, à partir d'un état de situation des principaux problèmes en matière de santé (physique, mentale et psycho-sociale), une vaste consultation à la fois de la population et des 42 établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie. Cette opération devait conduire notre région à identifier les problèmes régionaux, ses orientations, ses priorités et ses axes de développement pour les prochaines années au chapitre des problèmes de santé et des problèmes sociaux ainsi qu'à préciser le mécanisme de suivi conséquent à la démarche en cours.

CONSULTATION DE LA POPULATION

Au niveau de la population, les groupes socio-communautaires de même que le citoyen estrien ont eu droit au chapitre. Ainsi, plus de 100 représentants des groupes socio-communautaires ont exprimé leurs avis lors de sept colloques de MRC tenus entre les 11 mars et 2 avril 1986. De plus, un sondage scientifique avec un échantillon pris au hasard de la population a été effectué auprès de 1000 citoyennes et citoyens des sept MRC de l'Estrie. Ce sondage a remporté un vif succès puisque les questionnaires reçus ont totalisé 62.4% des envois initiaux, ce qui dépasse de beaucoup le taux habituel de réponse pour ce genre d'opération.

CONSULTATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES PROFESSIONNELS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les avis des établissements du réseau estrien de la Santé et des Services sociaux et ce, autant au niveau des directions que des professionnels, ont été recueillis. D'abord, chaque équipe de direction a pu exprimer ses avis lors d'une entrevue avec chaque établissement, cette tournée de rencontres s'étant déroulée de février à avril 1986. Chaque comité de direction fut invité à traduire d'une part ses préoccupations quant à ses clientèles prioritaires mais aussi à réagir quant à l'ensemble des problématiques du réseau tant au plan physique, mental que psychosocial.

De plus, le jeudi 24 avril 1986, huit "tables de consultation" se sont tenues, chacune traitant des problématiques ou des clientèles (0-14, 14-25, 25-64 et 65 et plus) et mettant en présence des professionnels de diverses catégories d'établissements afin de les entendre à partir d'une grille commune d'entrevue de groupe; 125 intervenants du réseau sont venus exprimer leurs opinions.

LE FORUM ET SON SUIVI

Enfin, toute l'opération a débouché sur le "Forum sur la santé en Estrie", le 19 septembre 1986. À cette occasion, les 200 participants étaient invités à:

- formuler leurs commentaires sur la démarche et les conclusions du rapport;

- identifier les interventions prioritaires parmi l'ensemble des douze problématiques soulevées compte tenu des ressources, du contexte actuel et des travaux en cours;

- proposer des moyens pour donner suite à l'opération en terme de contribution de chacun et de mécanismes de suivi.

L'événement fut un succès important tant par la participation que par la qualité des discussions, des recommandations et de la volonté d'action des participants. Le tout s'est déroulé sous la présidence de Madame Denise Lalancette, la présidente du conseil d'administration du CRSSSE, et a regroupé plus de 200 représentants d'établissements de santé et de services sociaux ainsi que de groupes et d'organismes communautaires de l'Estrie. Le MSSS, pour sa part, a manifesté un intérêt marqué pour toute l'opération "Priorité régionales" et l'a démontré par une importante participation au Forum sur la santé en Estrie. Entre autres, M. Raymond Carignan, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la Santé, et M. Paulin Dumas, le sous-ministre adjoint à la Direction générale des programmes de Services sociaux, se sont tous deux impliqués dans le déroulement de la journée. M. Carignan s'est, pour sa part, adressé aux participants sur l'heure du dîner tandis que M. Dumas, dans son allocution de clôture, s'est montré des plus favorable et intéressé à l'opération "Priorités régionales" et à ses résultats.

LE FORUM SUR LA SANTÉ EN ESTRIE EN PHOTOS

Plus de 200 personnes du réseau et des organismes communautaires sont venues exprimer leurs points de vue

Mme Denise Lalancette prononce l'allocution d'ouverture du forum

Les travaux en ateliers ont été fructueux en discussion et échange

Des représentants de tous les secteurs étaient présents

M. Raymond Carignan, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la Santé s'adresse aux participants sur l'heure du dîner

Lors de la plénière, chaque atelier a apporté ses recommandations

MM. Paulin Dumas et Albert Painchaud prononcent chacun une allocution de clôture ouvrant sur les perspectives d'avenir

* * * * *

COLLABORATION MSSS - CRSSSE

Compte tenu de l'importance et de l'envergure de ce dossier, la présidente du conseil d'administration du CRSSSE, Mme Denise Lalancette, a cru bon de sensibiliser la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux, aux priorités régionales retenues dans l'Estrie pour les prochaines années. Nous reproduisons la lettre de Mme Lalancette.

"Madame la Ministre,

J'ai le plaisir de vous informer d'une résolution adoptée par le conseil d'administration à sa dernière assemblée.

Cette résolution conclut sur une opération de plus de deux ans menée par le CRSSSE et visant à doter la région de priorités orientées sur les clientèles et les problématiques qui les affectent; elle ouvre également la voie à une approche fondée sur la prévention, la promotion de la santé et le recours aux ressources complémentaires. Cette opération a fait l'objet de recherches sérieuses et méthodologiques sur l'état de santé de notre population et elle a fait appel à une très vaste consultation regroupant simultanément tous les établissements, les professionnels, les groupes communautaires, les MRC et la population de la région, autant d'éléments en garantissant la valeur.

C'est donc avec fierté que nous vous en communiquons maintenant les résultats.

Il reste évidemment à franchir de nouvelles étapes plus opérationnelles, mais un pas important est franchi. Nous souhaitons que votre Ministère emboîte le pas et nous supporte dans cette nouvelle approche fondée sur les besoins et priorités des clientèles et fasse rapidement connaître ses orientations. Quant à notre région, nous souhaitons que votre Ministère tienne compte de nos priorités lorsqu'il sera question d'allocations budgétaires et de développement.

Nous demeurons à votre disposition pour poursuivre plus avant dans la démarche entreprise et vous assurons de notre support.

Recevez, Madame la Ministre, mes meilleures salutations."

La présidente du conseil d'administration du CRSSSE,

Denise Lalancette

LES SERVICES AUX ALCOOLIQUES ET AUX AUTRES TOXICOMANES

Le 17 février 1987, le CRSSSE a adopté l'organisation régionale des services en alcoologie et autres toxicomanes qui, une fois totalement en place, nécessiteront des budgets annuels de 2 753 052 $. Cependant, comme les disponibilités budgétaires de l'Estrie ne sont que de 904 356 $ actuellement, la nouvelle programmation s'implantera selon un échéancier réparti en trois scénarios, le troisième correspondant à la réalisation complète de la programmation souhaitée et les deux premiers étant retenus comme étapes préliminaires.

Pour mener à bon port ce projet, deux conditions préalables devront être respectées, à savoir:

- la disponibilité des ressources humaines et financières actuellement affectées pour des services en toxicomanie en Estrie;
- l'octroi par le MSSS de budgets de développement additionnels pour permettre aux différentes unités du système d'actualiser leur mandat.

Sur les 904 356 $ déjà en Estrie, les sommes suivantes sont disponibles: un montant de 225 491 $ qui représente le budget du CSSE actuellement en fiducie au CRSSSE et un montant de 279 460 $ qui représente le budget en CAR, actuellement dans le budget global du CH St-Vincent-de-Paul, pour un montant total de 504 951 $. Les ressources de la Maison St-Georges, soit un montant de 399 405 $, sont utilisées pour des services autres que des services en alcoologie et autres toxicomanies à cause d'une vocation différente de celle prévue par son financement. Il est donc impérieux, comme condition première à la mise en place du modèle régional d'organisation des services en toxicomanie, de récupérer le budget de la Maison St-Georges en demandant au MSSS de financer cet établissement (399 405 $) via un autre programme budgétaire. La région disposera alors d'un budget réel de départ de 904 356 $ pour la réorganisation des services de toxicomanie en Estrie. Pour le reste, il est de toute évidence que le MSSS devra octroyer à la région des ressources humaines, matérielles et financières additionnelles pour lui permettre d'actualiser son modèle régional de services et permettre aux différents intervenants (DSC/CHUS, CH St-Vincent-de-Paul, services d'urgence des CH, CART, CSSE, CLSC) d'actualiser leur mandat et d'offrir les services requis par cette clientèle. Comme l'Estrie est la région la plus démunie du Québec en matière de services aux alcooliques et aux autres toxicomanes, le CRSSSE est confiant que le MSSS débloquera les fonds, ce dernier attendant de connaître le modèle d'organisation retenu par la région avant de procéder. En ce qui concerne le budget de la

Maison St-Georges, le MSSS serait prêt à reconnaître que la clientèle de cet établissement se compose davantage d'ex-patients psychiatriques et que ce centre n'a pas une mission de réadaptation en alcoologie et autres toxicomanies et en conséquence, de financer cet établissement via le budget de la santé mentale.

LA PROGRAMMATION RETENUE

La programmation prévoit lorsqu'elle sera complètement mise en place (scénario 3) les éléments suivants:

- **Les services en unité spécialisée de désintoxication:**

  - Cette unité spécialisée de désintoxication sera située au CH St-Vincent-de-Paul et aura une vocation régionale. Elle pourra recevoir ses patients des différents services d'urgence des CH ou via le système d'admission-orientation. Cette intervention spécialisée comportera deux pôles: un pôle biologique et un pôle psychosocial. Elle nécessitera un budget de développement en provenance du MSSS.

- **Les services spécialisés de réadaptation:**

  - Création d'une nouvelle corporation "CART" (centre d'accueil de réadaptation en toxicomanie).

  - Transfert à cette nouvelle corporation des budgets en fiducie au CRSSSE et des budgets rendus disponibles par le CH St-Vincent-de-Paul et la Maison St-Georges pour des services spécialisés de réadaptation.

  - Engagement du personnel administratif.

  - Mise en place de services externes, soit cinq équipes de secteur suivant l'ordre de priorité d'implantation suivant:

    . deux équipes de secteur à Sherbrooke, soit une équipe pour chacun des deux districts de CLSC et 0,5 poste de secrétariat pour chacune de ces deux équipes;

    . une équipe de secteur pour les deux districts du CLSC La Chaumière (Asbestos) et du CLSC du Val St-François (MRC du Val St-François) et 0,5 poste de secrétariat pour cette équipe;

    . une équipe de secteur pour les deux districts du CLSC Maria-Thibault (Lac-Mégantic) et du CLSC Fleur de Lys (Weedon) et 0,5 poste de secrétariat pour cette équipe;

    . une équipe de secteur pour les deux districts du CLSC Albert-Samson (Coaticook) et du CLSC Alfred-Desrochers (Magog) et 0,5 poste de secrétariat pour cette équipe.

  - Ces services externes seront dispensés sur une base ambulatoire; ils assureront aussi la "postcure" du séjour en service d'hébergement; on y retrouvera également un programme intensif d'activités thérapeutiques journalières sur une base externe.

- **Les services internes:**

  - Développement des services internes par le CART.

  - Certains toxicomanes auront besoin de recevoir des services de réadaptation spécialisés dans un milieu d'hébergement sous forme de "stage intensif"

ou de "stage de transition" avant de retourner dans leur milieu. Il s'agira de service en "résidence" et de service en "foyer de groupe" (transition).

- Les services de santé et les services sociaux courants:

  - quatre postes, soit deux postes pour chacun des deux districts de CLSC à Sherbrooke;

  - un poste pour chacun des six autres districts de CLSC.

- Les Services de protection sociale:

  - un poste pour le CSSE.

- Les services complémentaires et de soutien seront assurés par le secteur privé, que ce soit dans le secteur de l'hébergement ou des groupes d'entraide.

Dans cette programmation, le partage des responsabilités s'effectuera de la façon suivante:

LES PROGRAMMES	LES NIVEAUX DE RESPONSABILITE
La coordination	CRSSSE
L'information-prévention-dépistage: - l'élaboration des programmes - l'actualisation des programmes	DSC (CHUS) CLSC
La désintoxication (unité médicale)	CH St-Vincent-de-Paul
Les services d'urgence	Les neuf CH
Les services spécialisés de réadaptation: - sur base externe (centre de jour, ambulatoire) - en milieu interne	CART autonome
Les services de santé et sociaux courants (milieu naturel)	CLSC
Les services de protection sociale (ressources résidentielles adaptées)	CSSE
La formation	MSSS - MEQ
La recherche	MSSS
Les services complémentaires et de soutien	secteur privé (hébergement et groupes d'entraide)

(Suite à la page 15)

PROGRAMMATION DU CLSC ALBERT-SAMSON

En accord avec la recommandation de la Commission des CLSC, le CRSSSE vient d'adopter la programmation du CLSC Albert-Samson, celui-ci constituant le dernier maillon du réseau de distribution des services de première ligne en Estrie. Le nouveau CLSC devra cependant soumettre d'ici un an un bilan de l'expérience de collaboration avec les médecins et dentistes du secteur privé dans la MRC de Coaticook puisque la programmation actuelle ne prévoit pas de médecins ni de dentistes dans les ressources du CLSC.

Dans la définition de sa mission et la mise en place de sa programmation, le CLSC Albert-Samson doit considérer deux obligations découlant de la perspective historique de sa création, soit:

- l'obligation d'actualiser le cadre de partage des responsabilités et des services entre le CSSE, le Département de santé communautaire (CHUS) et les CLSC et d'assurer les programmes découlant de ces ententes;
- l'obligation d'adapter son intervention aux particularités de la MRC de Coaticook.

L'établissement se reconnaît donc la mission d'assurer la continuité des services existants auprès de la population, de prendre connaissance de l'ensemble des besoins du territoire qu'il dessert et d'adapter progressivement son action et sa programmation de telle sorte que l'assignation des ressources humaines et financières dont dispose et disposera le CLSC soit reliée de façon étroite aux besoins prioritaires de la population et en concordance avec ses obligations légales.

Les services et les programmes du CLSC s'adresseront à la population de la MRC de Coaticook, la plus petite des sept MRC de l'Estrie avec ses 15 132 habitants (en 1981) regroupés dans seize municipalités. Les personnes âgées, isolées et dans le besoin, ainsi que les jeunes de treize à vingt et un ans constitueront les clientèles prioritaires. Cependant, les clientèles suivantes seront également touchées par le transfert de services:

- la petite enfance,
- les étudiants des niveaux primaire et secondaire,
- les adultes de vingt et un à soixante-quatre ans,
- les adultes et les familles en difficulté,
- les travailleurs,
- les groupes et les organismes du milieu.

Les services et les activités du CLSC seront regroupés dans les six programmes suivants:

- L'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes comprenant:

  - l'accueil et la réception,
  - l'information et la référence au téléphone ou au local,
  - l'aide pour remplir des formules ou effectuer des démarches auprès des organismes de services,
  - la requête pour prêt de local ou d'équipement,
  - le support technique et clérical,
  - l'orientation pour l'évaluation, le traitement et les services plus spécifiques;

- L'information et la consultation de la population et des organismes;

- Les programmes de santé communautaire comprenant:

  - la périnatalité et les cours prénataux,
  - la surveillance post-natale,
  - la surveillance de la petite enfance,
  - la santé scolaire (niveau primaire et secondaire),
  - la santé dentaire (pré-scolaire, primaire, femmes enceintes et agents multiplicateurs),
  - la santé au travail;

- Les programmes de maintien à domicile comprenant:

  - le maintien à domicile des personnes âgées et des malades chroniques,
  - les familles en difficulté,
  - les soins post-hospitaliers;

- Les programmes socio-communautaires comprenant:

  - l'action socio-communautaire,
  - les placements d'enfants et les services sociaux à la famille,
  - les services sociaux aux adultes et aux personnes âgées,
  - la coordination des admissions,
  - les services de consultation conjugale,
  - l'urgence sociale,
  - les services d'identification et de référence,
  - les services sociaux en milieu scolaire;

- Les mécanismes de gestion et le soutien administratif.

La programmation du CLSC Albert-Samson prévoit que des ressources additionnelles devront être investies dans certains secteurs. Cependant, comme l'Estrie ne dispose pas présentement des ressources financières pour supporter l'actualisation de l'ensemble de la programmation soumise à l'approbation du CRSSSE, le CLSC Albert-Samson mettra en place, dans un premier temps, la portion de sa programmation pour laquelle il dispose de ressources humaines. Les autres volets de la programmation feront l'objet de demandes additionnelles de financement par le biais des demandes annuelles de développement adressées au MSSS.

L'adoption par le CRSSSE de la programmation du CLSC Albert-Samson s'inscrit dans le cadre des responsabilités confiées au CRSSSE en matière de planification, de programmation, de budgétisation et de contrôle dans le décret 2234-80.

APPUIS AU CARREFOUR INTERVENTION SUICIDE

Le 22 janvier dernier, le Carrefour intervention suicide Inc. (CIS) recevait un appui significatif de l'Église de Sherbrooke suite à son appel de détresse lancé en novembre 1986. En conférence de presse conjointe, Mgr Jean-Marie Fortier, l'archevêque du diocèse de Sherbrooke, s'exprimait ainsi:

"L'Église de Sherbrooke appuie politiquement et financièrement le CIS.

L'Église du diocèse de Sherbrooke, plus consciente des besoins sociaux du milieu, en lien avec une récente étude sur les documents des priorités régionales du CRSSSE, vient de prendre position en faveur d'un groupe alternatif, sans porter préjudice sur l'importance et la nécessité des autres groupes.

Connaissant l'ampleur du problème de la santé mentale au Québec et en Estrie, nous avons pris position en faveur d'un groupe qui travaille au maintien, à la prévention et au soutien de la vie.

L'Église est en faveur de la vie, pas juste quand il s'agit d'avortement ou d'euthanasie, mais aussi quand la vie est menacée par une vague de suicide, plus particulièrement chez les jeunes.

L'Église reconnait que derrière ce phénomène, il y a des causes beaucoup plus profondes: cette situation nous témoigne d'un malaise social, d'un manque de valeurs signifiantes et d'une diminution marquée du sens même de la vie comme étant le plus grand don de Dieu.

Ne sachant trop par où et comment intervenir dans ce dossier, l'Église, par l'Office de la pastorale sociale, essaie de soutenir le groupe Carrefour intervention suicide (CIS) depuis le tout début. Notre appui, en terme d'effectif humain, ne suffit pas hélàs à régler tous les problèmes.

Devant le fait que le CIS se voit dans l'obligation d'arrêter ses opérations si des subventions gouvernementales n'arrivent pas à court terme, devant le fait que le budget actuel ne permet pas, à la fois de continuer les opérations et de consacrer temps et argent pour poursuivre les démarches politiques, nous avons pris option d'essayer d'aider ce groupe à poursuivre ses pressions nécessaires à l'obtention de la dite subvention.

En décembre dernier, nous avons fait appel aux communautés religieuses et à une participation diocésaine pour obtenir les fonds nécessaires pour permettre la survie temporaire et à court terme de l'organisme.

Notre souhait est qu'enfin, les instances gouvernementales prêtent l'oreille aux demandes de notre milieu. Elles n'ont rien d'exagéré ou d'exceptionnel puisque d'autres régions du Québec ont déjà de fortes subventions pour ce même genre d'organisme.

Considérant que l'Estrie possède la palme peu enviable d'un taux de suicide élevé chez les jeunes, l'Église de Sherbrooke, soucieuse du respect de la vie sous toutes ses formes, ne se croit pas hors sujet et hors Église en donnant un tel appui et en ajoutant sa voix à tant d'autres pour que les instances gouvernementales réagissent avec vigueur en faveur de cet organisme et de la cause qu'il défend".

L'Église de Sherbrooke a recueilli 15 000 $ destinés au CIS tandis que le CRSSSE et les MAS versaient quelques 10 000 $. Cependant, bien que ces aides ponctuelles et non récurrentes apportent un support financier permettant au CIS de prolonger les services d'intervention d'urgence et de suivi auprès des personnes suicidaires jusqu'à la fin mars, elles ne permettent pas d'assurer la survie de l'organisme à long terme. Le CIS compte donc, grâce à ces aides, poursuivre les pressions auprès du gouvernement afin d'obtenir une subvention substantielle récurrente qui assurera sa survie. Il pourra alors, concentrer toutes ses énergies à venir en aide aux personnes au prise avec le mal de vivre.

LES SERVICES AUX ALCOOLIQUES ET AUX AUTRES TOXOCOMANES

(Suite de la page 11)

HISTORIQUE

Ce dossier remonte à septembre 1982 au moment où le CRSSSE mettait en place un comité avec mandat:

- d'élaborer un modèle d'organisation des services aux alcooliques et aux autres toxicomanes de l'Estrie;
- de soumettre son rapport aux commissions et aux établissements concernés;
- de s'assurer d'obtenir les commentaires et avis des organismes ou groupes hors réseau également concernés par cette question.

Par la suite, le comité déposait un "Rapport préliminaire" en avril 1984 et un "Rapport final" en avril 1985. De plus, ces rapports donnèrent lieu à plusieurs consultations des commissions, des établissements et des organismes ou groupes hors réseau concernés. Enfin, en novembre 1985, le CRSSSE adoptait, dans un premier temps, le cadre de référence sur les services aux alcooliques et aux autres toxicomanes en Estrie. Celui-ci définissait les responsabilités des différents intervenants en la matière et orientait une éventuelle programmation régionale des services.

Un mécanisme permanent de concertation régionale, composé d'intervenants du réseau et hors réseau concernés, sera mis en place sous la responsabilité du CRSSSE pour favoriser à la fois l'actualisation et le suivi du modèle retenu.

35 000 $ À SIX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE

Six organismes communautaires en santé mentale se sont vus octroyer un budget non récurrent de 35 000 $ en provenance du MSSS et du CRSSSE.

Ainsi, suite aux efforts concertés du Regroupement des ressources alternatives et communautaires en santé mentale de l'Estrie et du CRSSSE auprès du MSSS, ce dernier a décidé d'accorder aux organismes en santé mentale de la région une subvention de 20 000 $ pour 1986-87 répartie de la façon suivante:

- le Carrefour intervention suicide — 4 000 $
- l'APAMM - Estrie — 4 000 $
- le Centre de transition Élan - Magog — 4 000 $
- l'Action amicale - Weedon — 3 000 $
- l'Association l'Envol - Lac-Mégantic — 3 000 $
- le Rivage du Val St-François - Windsor — 2 000 $

Tout en reconnaissant que le montant qui est alloué à l'Estrie est minime par rapport aux besoins, il apparaît que, dans le contexte actuel, le MSSS a démontré sa volonté de reconnaître l'apport des organismes communautaires au bien-être de la population et, en ce sens, laisse la région présager des jours meilleurs. D'ailleurs, la visite en région, le 4 décembre 1986, du sous-ministre adjoint - Santé et du directeur de la Santé mentale, est également un signe tangible de cette volonté.

Pour sa part le CRSSSE a décidé, le 17 février, de verser une somme non récurrente de 15 000 $ aux mêmes organismes soit 2 500 $ à chacun d'eux.

Le CRSSSE et le MSSS demeurent conscients que ces fonds n'assurent que la survie de ces ressources à court terme, cependant ils témoigent de l'intérêt profond du CRSSSE et du MSSS à assurer la continuité de ces ressources dans la région. Quant à lui, le CRSSSE continuera de travailler à l'obtention d'une enveloppe régionale qui pourrait permettre à l'Estrie d'assurer, sur une base continue, des services de meilleure qualité à la population de la région.

* * *
* *

LE RIVAGE DU VAL ST-FRANÇOIS

Une nouvelle ressource alternative en santé mentale, Le Rivage du Val Saint-François, vient de naître dans la MRC du Val Saint-François grâce à l'initiative d'un comité d'implantation composé de huit personnes. Celle-ci veut aider, dans leur milieu de vie naturel, les personnes vivant des difficultés d'ordre émotionnel, psychiatrique ou les deux. Le Rivage Saint-François vise également à favoriser l'insertion et le maintien de ceux-ci dans la communauté, dans un optique d'autonomie et de bien-être. Cette ressource permettra certainement d'éviter des hospitalisations et des ré-hospitalisations en psychiatrie.

Les services offerts par Le Rivage du Val Saint-François sont très diversifiés. D'abord, plusieurs ateliers (rencontres de groupe) seront dispensés sur tout le territoire et porteront sur différents sujets. Dans certains ateliers, on parlera de budget, d'alimentation, de ménage; dans d'autres, il sera question de création manuelle, de développement personnel (connaissance de soi, communication avec les autres, ...). De plus, certains loisirs seront organisés afin de briser l'isolement des individus vivant des problèmes de santé mentale. Finalement, un service de support individuel sera offert soit directement par un animateur ou soit par un jumelage avec un bénévole de la communauté.

Tous ces services se veulent complémentaires aux services offerts par les différents établissements (centre hospitalier, Centre de services sociaux de l'Estrie, CLSC, Centre de réadaptation Estrie, ...). Le comité d'implantation du Rivage tient donc à établir des liens de collaboration avec tous et chacun afin d'éviter la duplication. En fait, Le Rivage du Val Saint-François représente le chaînon manquant entre les services institutionnels en santé mentale et aucun service.

Cette année, les différents services du Rivage du Val Saint-François sont rendus possibles grâce à l'obtention de quelques subventions:

- un projet du Programme de développement de l'emploi du gouvernement fédéral (un animateur pour 40 semaines),
- un projet obtenu auprès du Syndicat des enseignants de l'Estrie (un animateur pour 21 semaines),
- une subvention du CRSSSE (2 500 $),
- une subvention du MSSS (2 000 $),
- une subvention du CLSC du Val Saint-François (1 000 $).

(Suite à la page 22)

INAUGURATION DU FOYER SACRÉ-COEUR DE MAGOG

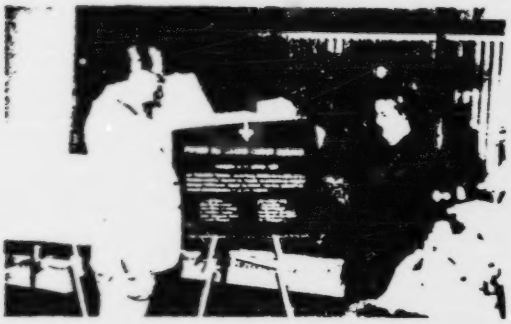
Le 12 janvier dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux, a procédé à l'inauguration officielle des nouveaux locaux du Foyer Sacré-Coeur de Magog. La traditionnelle coupe du ruban pour marquer l'inauguration du centre d'accueil a été faite par la Ministre en présence de M. Georges Vaillancourt, député du comté d'Orford, du maire de Magog, M. Paul-René Gilbert, de M. Yvan Roy, président du conseil d'administration, de M. Claude Noël, directeur général de l'établissement, et de deux bénéficiaires du Foyer, Mme Hélène Lamontagne et M. Achélas Langlois. Plus de cent personnes, invités, membres du personnel et bénéficiaires, ont assisté à la cérémonie présidée par le Dr Jacques Trudel, directeur des services professionnels. Quelques brèves allocutions furent prononcées par M. Claude Noël, le maire Gilbert, le député Vaillancourt, Mme Lavoie-Roux et M. Yvan Roy. Le tout fut complété par le dévoilement de la plaque d'inauguration et du sigle du centre d'accueil ainsi que par une visite des lieux et un cocktail-goûter servi à l'auditorium de l'Hôpital La Providence de Magog.

La ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux, sur le point de couper le traditionnel ruban

Mme Thérèse Lavoie-Roux s'adresse aux invités lors de l'inauguration du Foyer Sacré-Coeur de Magog

Le président du CA, M. Yvan Roy, remercie la Ministre et le Gouvernement du Québec pour leur implication financière dans ce dossier de plus de 4 500 000 $

Mme Lavoie-Roux remet au maire de Magog, M. Paul-René Gilbert, la lettre d'engagement du MSSS donnant le feu vert en vue du projet de réaménagement de l'Hôpital La Providence



Le député d'Orford, M. Georges Vaillancourt, dévoile en présence de Mme Lavoie-Roux la plaque d'inauguration du Foyer Sacré-Coeur

Le nouveau sigle du Foyer Sacré-Coeur

"L'ancien édifice, de commenter la ministre de la Santé et des Services sociaux, était loin de répondre aux besoins de la population. Cependant, de poursuivre Mme Lavoie-Roux, si les nouveaux locaux du Foyer Sacré-Coeur répondent aux besoins d'une certaine clientèle, la Ministre reste convaincu qu'il faut continuer de développer les soins à domicile dans d'autres institutions, parce que le gouvernement veut d'abord tenter de garder dans leur milieu les personnes âgées. Nous avons à ce niveau d'autres besoins à combler, a-t-elle déclaré. La Ministre a ajouté qu'il est impossible physiquement et humainement d'envisager de garder en institution toutes les personnes âgées" Les nouveaux locaux prévoient des espaces pour la mise en place d'un centre de jour en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées de la MRC Memphrémagog. La construction et l'ameublement du nouveau centre d'accueil ont entraîné des déboursés totalisant 4 500 000 $ entièrement défrayés par le Gouvernement du Québec.

RÉNOVATION DE L'HÔPITAL LA PROVIDENCE DE MAGOG

En même temps qu'elle inaugurait officiellement le Foyer Sacré-Coeur, Mme Lavoie-Roux apportait une autre bonne nouvelle à la population de Magog, soit la mise en marche du projet de rénovation de l'Hôpital La Providence de Magog.

Ce projet, au coût d'environ 3 200 000 $, comprendrait la construction de deux unités de 53 lits consacrés aux malades en soins prolongés et la modernisation de la salle d'urgence, qui serait rendue plus fonctionnelle, de même que des locaux consacrés aux soins médicaux et aux services administratifs. La Ministre a profité de la cérémonie d'inauguration du Foyer Sacré-Coeur pour rendre publique la lettre d'engagement du MSSS qui donne le feu vert aux études techniques devant mener au réaménagement de l'Hôpital La Providence. Le projet pourrait être complété d'ici 1989 ou 1990 selon les disponibilités budgétaires du gouvernement.

NOUVEAU SIGLE POUR LE FOYER SACRÉ-COEUR

Le Foyer Sacré-Coeur, à cette occasion, a procédé au dévoilement de son nouveau sigle qui veut traduire la symbolique suivante.

Dans son ensemble, le symbole représente le mouvement afin d'accentuer l'aspect d'adaptation à la vie.

L'oeil est dirigé immédiatement vers le milieu du dessin, le point le plus important, l'homme.

Au centre, la stylisation d'un homme nous donne bien l'importance accordée à l'aspect humain, de mettre en valeur le bien-être des bénéficiaires.

L'homme est droit, debout, fier, au centre, afin de représenter toute son importance et aussi de montrer la richesse et la grandeur de celui-ci.

Orientés vers le haut, les bras nous démontrent l'épanouissement de l'être, l'ouverture vers le monde extérieur, le désir de vivre.

Les deux masses latérales cernent bien l'homme pour démontrer la protection de l'être dans son ensemble.

Les deux pentes latérales se rejoignent au centre, dans le haut du dessin, nous indiquant très subtilement le toit, symbolique physique.

La couleur choisie, le bourgogne, une couleur chaude et très terrienne, qui représente bien, d'une part, le dynamisme du foyer, la chaleur de son accueil et, d'autre part, l'origine des bénéficiaires. La terre, valeur première d'autrefois. Aussi, elle se veut la représentation symbolique du fruit du travail.

LES ÉLECTIONS ET LES NOMINATIONS 1987 DANS LE RÉSEAU

Cette année encore, le mandat de certains membres aux conseils d'administration des trente-six établissements publics de santé et de services sociaux de l'Estrie (centres hospitaliers, centres d'accueil d'hébergement, centres d'accueil de réadaptation, centres locaux de services communautaires et centre de services sociaux) vient à terme et il faut procéder à des élections ou des nominations, selon le cas, pour combler ces postes. Trois collèges ou groupes électoraux sont en cause au printemps 1987:

- élections par les comités de bénéficiaires,
- nominations par le CRSSSE d'un représentant des organismes bénévoles au conseil d'administration de chaque établissement public,
- élections dans le cadre des contrats de services professionnels (à ce niveau, seulement certains groupes électoraux sont en élection en 1987).

De plus, certains postes seront aussi à combler au Conseil d'administration du CRSSSE. Il s'agit de:

- deux personnes élues par les maires des municipalités de la région,
- une personne nommée par les centres hospitaliers,
- une personne nommée par le CSSE,
- une personne nommée par les universités.

NOMINATIONS DE REPRÉSENTANTS D'ORGANISMES BÉNÉVOLES PAR LE CRSSSE

À ce chapitre, les organismes bénévoles qui oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux dans l'Estrie (région 05) et qui désiraient participer aux nominations 1987 aux conseils d'administration des trente-six établissements publics de santé et de services sociaux ainsi qu'à l'élection 1988 au Conseil d'administration du CRSSSE devaient effectuer leur "Demande de reconnaissance" auprès de notre organisme au plus tard le 2 mars 1987, auprès du Service des communications du CRSSSE.

Les organismes bénévoles "reconnus" par le CRSSSE seront, dans un deuxième temps, invités à soumettre des candidatures, en mars et avril prochains, en vue des nominations que le CRSSSE doit effectuer aux conseils d'administration des établissements publics de la région. Enfin, ces organismes seront à nouveau contactés, au printemps 1988, dans le cadre de l'élection d'une personne au Conseil d'administration du CRSSSE.

AUTRES COLLÈGES ÉLECTORAUX

De plus, en mai prochain, les cinq membres du comité des bénéficiaires de chaque centre d'accueil public et de chaque centre hospitalier de soins prolongés devront élire deux des leurs au conseil d'administration de leur établissement tandis qu'un seul poste devra être comblé au conseil d'administration de chaque centre hospitalier de courte durée devant prévoir un tel comité.

Enfin, au chapitre des élections inter-établissements dans le cadre des contrats de services professionnels, l'opération a été lancée, à la fin de janvier, auprès des établissements concernés.

ÉLECTIONS ET NOMINATIONS 1987 AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CRSSSE

À ce sujet, l'ensemble des groupes ou personnes visés ont déjà reçu les informations nécessaires. La date limite pour la réception des candidatures est le 19 avril 1987.

LE RIVAGE DU VAL ST-FRANÇOIS

(Suite de la page 17)

De plus, le Centre Travail-Québec a accordé un projet dans le cadre des travaux communautaires pour trois travailleurs communautaires. Cependant le nouvel organisme a besoin de subventions supplémentaires pour lui permettre de louer des locaux dans la communauté. De plus, dans l'avenir, cette ressource pourra actualiser davantage son rôle et sa mission si et seulement si elle reçoit une aide financière récurrente et adéquate.

Les membres du comité d'implantation sont:

Hélène Ferland, Centre Travail-Québec
Colette Filteau, Résidence Melbourne
Gisèle Gunter, bénévole
Simone Houde, bénévole
Sylvie Lapointe, intervenante à La Cordée
Georges Lassonde, psychologue
Anne-Marie Ponton, médecin
Jacques Robidas, SSQ

Pour s'inscrire aux activités du Rivage du Val Saint-François, il suffit de communiquer avec Sylvie Lapointe ou Richard Tousignant aux numéros suivants:

- 826-3781 (pour Richmond)
- 845-2792 (pour Windsor)
- 532-3191 (pour Valcourt)

EN BREF

L'OPHQ DANS L'ESTRIE

Le 10 février, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) présentait son nouveau président-directeur général, monsieur Paul Mercure, à la presse régionale ainsi qu'aux représentants des divers organismes, groupes, services, institutions et établissements de l'Estrie concernés par la problématique des personnes handicapées. Monsieur Mercure occupe ses nouvelles fonctions depuis le 5 janvier 1987. Son implication dans la défense des intérêts des personnes handicapées remonte à plus de vingt ans, celui-ci étant par ailleurs le père d'un jeune adulte handicapé intellectuellement. Monsieur Mercure a profité de sa visite au bureau régional de l'OPHQ pour mieux connaître la région ainsi que les préoccupations des divers intervenants et les réalisations déjà entreprises dans l'Estrie.

COLLOQUE SUR LE SUICIDE

Dans le cadre d'une opération plus vaste visant à accroître la collaboration, la coordination et la complémentarité entre les ressources existantes oeuvrant auprès des personnes ayant des idées suicidaires, le CRSSSE, en collaboration avec le Carrefour intervention suicide et le bureau de la ministre à la Condition féminine, madame Monique Gagnon-Trembly, organisent un colloque d'une journée, le 23 avril prochain, où sont invités des intervenants provenant d'une soixantaine d'organismes, de services et d'établissements de l'Estrie.

"LA MÉTHODE IMPACT: PROGRAMME-CADRE EN LOISIR INSTITUTIONNEL"

L'Association des services de loisir en institution du Québec (ASLIQ) vient de mettre à la disposition des établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux une nouvelle publication "La Méthode impact: programme-cadre en loisir institutionnel".

Créé pour instrumenter les intervenants en loisir, ce document précise l'apport et les méthodes de travail spécifiques à l'intervention-loisir en institution pour répondre aux exigences du décret 1320-84 et du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé.

Le programme-cadre en loisir est en vente au coût de 20 $ plus 4 $ de frais de manutention. Vous pouvez vous le procurer auprès de:

L'Association des services de loisir
en institution du Québec
525, boul. Hamel
Québec (Québec)
G1M 2S8

RECONNAISSANCE PAR LE MSSS DE L'ACAPA

Dans notre édition de janvier 1987 (numéro 26), nous faisions état de la reconnaissance par le MSSS de l'Association des centres d'accueil privés autofinancés (ACAPA) et nous indiquions alors que sept établissements de l'Estrie en sont membres, soit:

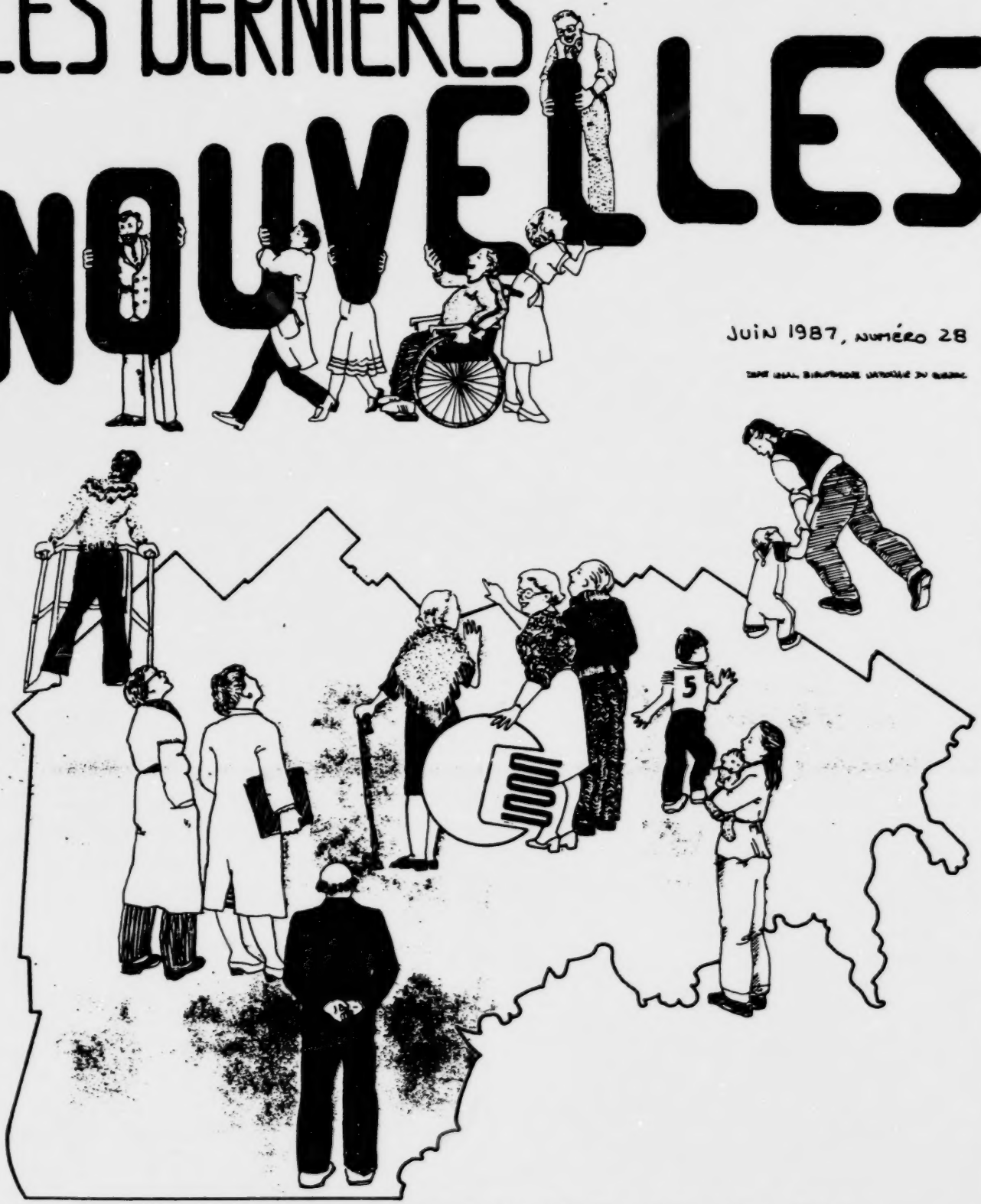
- le Centre d'accueil Deauville (Deauville)
- le Foyer Maisonneuve (Sherbrooke)
- le Mont Saint-Dominique (Sherbrooke)
- la Pension Oasis (Sherbrooke)
- la Résidence Rolling Hills (Lennoxville)
- la Résidence 55 Brooks (Sherbrooke)
- le Saint-Paul RestHome (Bury)

Il faut cependant ajouter que, sans être membres de l'ACAPA, quatre autres centres d'accueil privés autofinancés offrent des services aux personnes âgées de l'Estrie, soit:

- le Centre d'accueil Belles-Fleurs (Lac Mégantic)
- le Foyer de Waterville (Waterville)
- le Foyer Grace Christian (Lennoxville)
- le Foyer Wales (Cleveland)

LES DERNIERES NOUVELLES

JUIN 1987, NUMÉRO 28



CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

SOMMAIRE

L'ESTRIE DE PLUS EN PLUS PÉNALISÉE!.... 2

L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE EN ESTRIE 7

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE, MENACÉS DE DISPARITION 10

COLLOQUE SUR LE SUICIDE 12

UNE JOURNÉE SUR LA VIOLENCE CONJUGALE 16

LE COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE AU CSSE 19

LES PRIORITÉS RÉGIONALES 21

LE SYSTÈME D'ADMISSION RÉGIONALE 22

ALOURDISSEMENT DES CLIENTÈLES EN CAH ET EN CHSLD 27

PROGRAMME D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN CAH 28

PLANS D'ORGANISATION CLINIQUES DES CH 30

LA FONDATION BERTRAND-FABI, AU SERVICE DES ENFANTS 31

PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE 32

LES SERVICES AMBULANCIERS 34

REVUE DE PRESSE RÉGIONALE 35

NOTE: Pour alléger le texte, la forme non marquée (traditionnellement appelée "le masculin") a été utilisée; il va de soi que cette forme inclut à la fois le masculin et le féminin.

L'ESTRIE DE PLUS EN PLUS PÉNALISÉE !*

Bien qu'elle ait fait preuve de beaucoup d'initiatives dans la rationalisation des services, l'Estrie est de plus en plus pénalisée. Depuis 1981-82, c'est à plus de 11 millions que s'élèvent les contraintes au chapitre des services de santé; la situation du secteur social est tout aussi déplorable, ce dernier ayant absorbé 1,1 million des compressions budgétaires imposées par le MSSS depuis quatre ans.

À sa dernière assemblée, le Conseil d'administration du CRSSSE était à nouveau saisi du dossier et de son évolution depuis mai 1986. À ce moment, le Conseil d'administration avait été informé des conclusions de deux études internes relatives à la situation budgétaire des établissements de la région. En effet, ces études démontraient que la situation budgétaire de l'Estrie s'était grandement détériorée depuis 1981-82. Pour le secteur hospitalier, les données disponibles permettaient de conclure que la richesse relative de l'Estrie par rapport aux au-

* Collaboration spéciale de MM. Jean-Claude De l'Orme et Michel Dubreuil du CRSSSE

tres régions avait diminué d'une somme annuelle évaluée à quelques 11 500 000 de dollars. En août, Mme Denise Lalancette, la présidente du Conseil et M. Albert Painchaud, le directeur général, avaient présenté ce dossier à la Ministre qui s'était engagée à en faire l'étude. Récemment, dans une lettre qu'elle adressait à la présidente, Mme Lavoie-Roux écrit qu'une étude réalisée par son ministère "démontre que la région de l'Estrie a, pour les centres hospitaliers, un indice de dépenses per capita qui se situe légèrement en dessous de la moyenne provinciale..." et qui est inférieur à celui des deux autres régions universitaires, soit Montréal-Métro et Québec. La ministre ajoute que son ministère procède à une étude qui "inclura les secteurs santé et social" et que les critères d'attribution des budgets 1987-88 "seront imprégnés d'une équité interrégionale".

LE SECTEUR SOCIAL

Au cours des sept dernières années, l'ensemble des établissements du secteur social ont dû absorber 5 092 375 $ de compressions budgétaires dont 3 136 233 $ sous forme de résorption de déficits accumulés. L'effort qu'ont dû consentir les établissements est donc très important compte tenu que ces compressions ont été effectuées sur une base budgétaire totale de 37,1 millions en 1981-1982 pour les 28 établissements du secteur social de la région.

Appauvrissement des établissements de la région de l'Estrie

L'analyse des données des quatre dernières années révèle que notre région a pris du recul par rapport au reste du Québec en absorbant 1,1 million de dollars des compressions budgétaires soit 4,91% du total des compressions imposées par le MSSS depuis 1982-83 alors que le budget de ces mêmes établissements ne représentait qu'environ 3,6% du budget provincial pour ces catégories d'établissements.

Ce recul de la région de l'Estrie a eu inévitablement un impact plus important sur les services à la population en Estrie que dans le reste de la province. Face à l'ampleur des coupures budgétaires, les établissements concernés ont principalement été dans l'obligation de prioriser les clientèles qu'ils devaient desservir et parfois même de réduire le volume de services rendus aux bénéficiaires.

Les centres d'accueil d'hébergement publics

Les centres d'accueil d'hébergement publics quant à eux ont subi depuis 1981-82 des compressions de 850 000 $ incluant la résorption des déficits accumulés. Le MSSS pour sa part a injecté depuis l'année 1985-86, 1 300 000 $ de développement au titre de l'alourdissement des clientèles, ce qui laisse un développement net pour cette catégorie d'établissements de 450 000 $ alors que les principaux besoins identifiés prioritaires par les

établissements sont de 3 500 000 $ pour l'alourdissement des clientèles, 430 000 $ pour la psychiatrie extra-hospitalière, 515 000 $ pour les centres de jour et 310 000 $ pour le développement des services spécialisés.

Les centres locaux de services communautaires

Les compressions et les résorptions de déficit qui ont été imposées aux CLSC de la région de l'Estrie depuis 1981-82 s'élèvent à 600 000 $. Par ailleurs, le MSSS avait préalablement injecté 690 000 $ en budget de développement entre 1977 et 1980. On constate donc que ces développements ont vite disparu avec l'arrivée des compressions budgétaires des années subséquentes. Le réseau des CLSC de notre région se retrouve donc aujourd'hui à toute fin pratique au même point qu'au milieu des années 1970, puisque les quelques dollars de développement alloués par le MSSS depuis les dernières années ne sont pas significatifs par rapport aux besoins identifiés par les CLSC qui sont de l'ordre de 3 500 000 $ comprenant des programmes d'organisation communautaire, de santé mentale et de maintien à domicile des personnes handicapées physiques et des personnes âgées.

Le centre de services sociaux

Le CSSE a aussi subi sa part de compressions depuis 1981 puisque 710 000 $ de coupures lui ont été imposés sur un budget total de 6 700 000 $ en 1981-82. Même si le CSSE a bénéficié au cours des trois dernières années d'environ 325 000 $ de développement, celui-ci a été consenti presque exclusivement par le MSSS pour le secteur des familles d'accueil; ceci explique assez facilement pourquoi le CSSE a dû prioriser les clientèles qu'il desservait, ce qui s'est traduit inévitablement par une réduction du niveau de services dispensés et donc une augmentation des listes d'attente dans plusieurs des programmes dispensés par cet établissement. Ceci explique assez aisément que le total des demandes de développement présentées au MSSS par le CSSE pour l'année 1987-1988 s'élève à 2 500 000 $, entre autre pour le secteur de la protection de la jeunesse.

Les centres d'accueil de réadaptation

Cette catégorie d'établissements a été l'une des plus durement touchées depuis l'année 1981-82 puisque les contraintes imposées ont été de 2 400 000 $ dont 1 675 000 $ de résorption des déficits accumulés sur une base budgétaire de 15 000 000 $ en 1981-82.

Par secteur, la mésadaptation a dû réduire son rythme de dépenses de 1 115 336 $, l'inadaptation physique et mentale de 677 306 $.

Cette catégorie d'établissements n'a bénéficié d'aucun développement significatif depuis ce temps. Il n'est donc pas étonnant que le total des demandes de développement se chiffre à 5 000 000 $ pour l'année 1987-88 comprenant des projets de toute nature tels que l'assistan-

ce éducative à domicile, deux centres de jour en inadaptation mentale, la réadaptation physique des personnes ayant une déficience auditive et la prise en charge des jeunes inscrits dans les centres d'accueil pour personnes mésadaptées socio-affectives.

L'écart entre le niveau de services que les établissements sont en mesure de dispenser et les services requis par les clientèles ne cesse en fait d'augmenter. Ainsi, les demandes de développement présentées au CRSSSE par les établissements du secteur social pour l'année 1987-88 nous portent à croire que des injections de budget de l'ordre de 18 millions seraient nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles identifiées à ce jour pour le secteur social.

LE SECTEUR HOSPITALIER

L'Estrie en recul

Pendant que l'ensemble des autres régions voyaient leur masse budgétaire augmenter de 47 millions, l'Estrie voyait la sienne diminuer de 2,5 millions.

En 1981-82, on dépensait au Québec 427,18 $ par personne en soins hospitaliers. En Estrie, cette dépense était de 411,39 $. Aujourd'hui, l'écart est encore plus prononcé.

Or, cette situation déjà peu avantageuse s'est détériorée au cours des dernières années.

- Nous avons reçu proportionnellement beaucoup plus de contraintes que les autres régions depuis 1981-82 (11 millions soit 5,18% des contraintes totales).

- Nous avons reçu, proportionnellement moins d'ajustements budgétaires que les autres régions (3,28% des fonds alloués).

La région de l'Estrie ignorée dans l'allocation des budgets de développement:

Depuis 1981-82, l'Estrie n'a reçu, dans le secteur de la santé, que 520 000 $ sur les 106 millions qui ont été consentis à l'ensemble des régions, soit un maigre 0,5% des budgets de développement disponibles.

La concertation en Estrie:

On peut établir à plus de 11 millions annuellement le montant dont sont privés les centres hospitaliers suite à ces décisions.

Pendant ce même temps, le CRSSSE et les établissements avaient recours à divers moyens pour dégager des fonds afin de maintenir et même d'améliorer les services jugés les plus prioritaires. Qu'on songe au regroupement de l'obstétrique et de la pédiatrie, à l'intégration d'établissements, à l'utilisation de plus en plus importante d'une buanderie communautaire, à l'application maximale de tous

les programmes d'économie d'énergie, au regroupement massif des achats de fournitures, etc.

Profitable de faire des déficits?

Les décisions prises par le MSSS durant les années 1981-82 à 1985-86 laissent croire que les régions où les établissements ont réalisé les plus gros déficits recevaient les plus importants ajustements budgétaires.

Pour sa part, la région de l'Estrie a toujours été très sensible au respect des directives du MSSS. Les déficits encourus par les centres hospitaliers furent donc faibles comparativement à l'ensemble de la province, soit environ trois fois moins importants.

Où est l'équité:

Devant un constat aussi pénible où nous avons été pénalisés pour avoir oeuvré dans le sens des politiques gouvernementales, le CRSSS de l'Estrie a entrepris depuis près d'un an des actions devant conduire le MSSS à reconnaître cette situation et à la corriger dans le futur. Les résultats de notre étude furent communiqués par la présidente du Conseil d'administration et le directeur général du CRSSSE à la ministre de la Santé et des Services sociaux en août 1986.

Depuis cette rencontre, le MSSS a effectué une étude qui démontre la véracité de nos constatations à l'effet que notre région perde graduellement des masses budgétaires importantes. D'ailleurs, Madame Lavoie-Roux écrivait à Madame Lalancette, présidente du Conseil d'administration du CRSSSE, en date du 1er avril 1987, que les critères d'attribution des budgets 1987-88 "seront imprégnés d'une équité inter-régionale".

* * *
* *

L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE EN ESTRIE*

Le Conseil d'administration du CRSSSE a adopté un cadre de référence pour l'organisation des services de santé mentale en Estrie suite à des consultations menées auprès des établissements et des organismes oeuvrant en santé mentale. Ce cadre de référence avait été préparé par le Comité intersectoriel sur la santé mentale.

LES BUTS, LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS

Le comité intersectoriel ayant retenu comme principes le respect des droits des personnes, le partage des responsabilités en santé mentale et le droit aux services et à la protection, propose les buts, les orientations et les objectifs suivants:

Les buts:

- Promouvoir un changement dans les mentalités, les attitudes et les comportements par rapport à la santé mentale en général et par rapport aux problèmes de santé mentale.

- Réduire l'incidence des problèmes de santé mentale en mettant en priorité tout le domaine de la promotion de la santé mentale ainsi que celui de la prévention en regard de l'action sur les causes.

- Assurer l'intégration physique et sociale des personnes aux prises avec un problème de santé mentale en effectuant un virage en faveur du maintien et du retour dans le milieu de vie en adaptant les ressources et les interventions en ce sens.

- Améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services en favorisant des plans d'intervention et des plans de services adaptés davantage aux besoins individuels des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

- Améliorer les connaissances sur la notion de santé mentale, sur les facteurs de risque et les facteurs de vulnérabilité.

- Tant dans le secteur de la santé que dans le secteur social, il est proposé d'évaluer les interventions actuelles et, par la suite, s'il y a lieu, de proposer des interventions mieux adaptées aux caractéristiques des clientèles et des milieux.

Les orientations

- Une approche fondée sur le respect fondamental de la personne et de ses droits en reconnaissant les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale comme des personnes agissantes et responsables par rapport aux interventions médicales ou psychosociales initiées envers elles;

* Collaboration spéciale de M. Gilles Gilbert du CRSSSE

- une approche préventive en orientant les interventions vers les activités de développement et de préservation de la santé mentale en reconnaissant un rôle primordial au domaine social et communautaire (éducation, travail, loisirs, culture);

- une approche communautaire en faisant davantage appel aux ressources du milieu et de la communauté pour agir en complémentarité avec les ressources et les services du réseau;

- la désinstitutionnalisation des clientèles et des services. Dans la perspective d'une continuité et d'une complémentarité des services, les interventions favoriseront les services dispensés sur une base externe alors que la personne résidera chez elle ou dans un milieu substitut.

Les objectifs

- Prévoir des mesures d'amélioration des conditions de vie en favorisant:

  - l'amélioration de l'environnement des individus et des groupes (tant au niveau physique que social),

  - l'amélioration des relations familiales (relations hommes-femmes, parents-enfants),

  - l'amélioration des milieux de travail (accès à l'emploi, meilleures conditions de travail),

  - l'amélioration des relations sociales (intégration des individus isolés),

  par la concertation de plusieurs instances de niveaux très différents.

- Promouvoir l'information et la sensibilisation sur la santé mentale auprès de l'ensemble de la population et des personnes appelées à intervenir en sensibilisant les personnes et leur milieu immédiat, les communautés et les intervenants sur les facteurs qui influencent positivement et négativement la santé mentale, sur le rôle qu'ils ont à jouer et sur les moyens à leur disposition.

- Développer des activités préventives visant les personnes et les milieux de vie autant dans le réseau d'établissements de santé et de services sociaux que dans les organismes du milieu.

- Assurer la continuité des services en rendant accessibles localement des services de première et de deuxième ligne, en établissant des mécanismes de concertation entre les établissements et les ressources communautaires (évaluation des bénéficiaires, plans de services et d'intervention) et en développant des services de réadaptation dans une optique de réinsertion sociale, à proximité des personnes concernées.

- S'assurer de la coordination des services préventifs tant au plan local que régional en établissant des mécanismes de concertation de tous les établissements et organismes socio-sanitaires publics et privés concernés.

- Améliorer la qualité de vie en milieu institutionnel et substitut en visant la personnalisation des services et de l'intervention en assurant à la personne le respect de ses droits et de sa dignité. Les mesures prises à son égard devront être les moins restrictives possibles compte tenu de son état et de sa situation.

- Prévoir des mesures permettant d'améliorer le niveau des connaissances sur la santé mentale telles que le développement de la recherche tant sur les causes et les risques liés aux problèmes de santé mentale que sur le développement et l'évaluation de nouvelles approches d'intervention.

- Prévoir des activités liées à la formation des personnes appelées à intervenir en réorientant les approches lorsqu'il y a lieu et en axant l'intervention sur la communauté ce qui présuppose que les intervenants, les professionnels et les non-professionnels devront être habilités en conséquence. Des actions doivent être prévues en ce sens tant dans les organismes publics que dans les secteurs privés.

LE PLAN D'ACTION

Le plan d'action proposé traite des sujets suivants:

- la promotion des actions visant l'amélioration de l'environnement:
  - la sensibilisation et l'information,
  - l'animation du milieu;
- le développement d'activités préventives;
- la continuité par la réorganisation des services:
  - les services de santé et les services sociaux dispensés en CLSC et en salle d'urgence des centres hospitaliers,
  - les services de santé et les services sociaux dispensés dans les départements de psychiatrie des centres hospitaliers et par le CSSE;
  - les services de réadaptation;
  - la protection sociale - hébergement et services appropriés.

LES NIVEAUX D'INTERVENTION

Compte tenu du plan d'action proposé, le cadre de référence contient quatre niveaux d'intervention et sept programmes qui sont les suivants:

LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION

Programme 1: Prévention de la santé mentale,

Programme 2: Prévention des problèmes de santé mentale;

LES SERVICES BIO-PSYCHO-SOCIAUX, LES DEFICIENCES ET LES HANDICAPS

Programme 1: Les services de santé et les services sociaux dispensés en CLSC et en salle d'urgence des centres hospitaliers,

Programme 2: Les services de santé et les services sociaux dispensés par les départements de psychiatrie des centres hospitaliers et par le CSSE;

LES SERVICES DE RÉADAPTATION, DE MAINTIEN ET DE RÉINSERTION SOCIALE, LES INCAPACITÉS ET LES HANDICAPS

Programme 1: Restauration de la capacité fonctionnelle et réadaptation en milieu de vie naturel et intermédiaire,

(Suite à la page 11)

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE, MENACÉS DE DISPARAÎTRE

NOTE: Les Dernières Nouvelles publie intégralement le communiqué de presse diffusé par le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Estrie lors d'une conférence de presse tenue au CLSC Gaston-Lessard (Sherbrooke), le 11 juin.

"Une fois de plus, les organismes communautaires en santé mentale de l'Estrie sont menacés de disparition s'ils n'obtiennent pas les ressources financières nécessaires de la part du gouvernement.

Malgré le rapport de juin 1986 établissant la santé mentale comme priorité première, les divers organismes communautaires demeurent dans l'attente.

Ce même rapport réalisé par le groupe de travail composé du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie, du Centre de services sociaux de l'Estrie et du Département de santé communautaire fixait comme enjeu principal:

> "La reconnaissance des organismes communautaires et leur soutien comme partenaires du réseau impliquant:
>
> - un programme de financement,
> - une complémentarité avec le réseau."

Le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Estrie s'unit donc aujourd'hui avec les organismes publics de la santé et des services sociaux afin de déplorer la situation actuelle et, surtout, de presser le gouvernement à réagir en accordant les fonds essentiels.

À ce sujet, le regroupement a entrepris plusieurs démarches en rencontrant, entre autres, le caucus des députés libéraux et en déposant un mémoire, en décembre 1986, au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces mêmes démarches ont permis au regroupement de recevoir la somme globale de 35 000 $ (20 000 $ du ministère de la Santé et des Services sociaux et 15 000 $ du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie).

Les instances gouvernementales ont déjà investi et sont donc parfaitement informées et conscientes des besoins que le regroupement exprime encore présentement.

Il est dès lors vital que le ministère de la Santé et des Services sociaux alloue le montant de 825 000 $ afin de permettre aux organismes communautaires en santé mentale de l'Estrie de continuer à offrir leurs services à la population."

ORGANISMES MEMBRES DU REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE DE L'ESTRIE

Centre de Transition l'Élan inc.,
La Cordée transit de jour inc.
Danielle Viau, coordonnatrice
565-1225

Carrefour intervention suicide (05)
Louis Lemay, directeur
821-4661

L'Action amicale
Louisanne Lemieux, responsable
877-2674

Le Rivage
Sylvie Lapointe, responsable
845-2792

Association des parents et amis des malades mentaux de l'Estrie
André Forest, coordonnateur
563-1663

Association l'Envol
Clémence Rancourt, responsable
583-5290

La Cordée transit de jour inc.
Janine Lemieux, responsable
565-1225

L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE EN ESTRIE

(Suite de la page 9)

Programme 2: Réadaptation en milieu institutionnel;

LA PROTECTION SOCIALE: HÉBERGEMENT ET SERVICES APPROPRIÉS

Programme: Maintien des acquis fonctionnels.

CONCLUSION

Le comité intersectoriel en santé mentale a pu se rendre compte au cours de ses travaux que, depuis 1974, que ce soit au niveau de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie ou de la psychogériatrie, le CRSSSE a privilégié une approche à la fois institutionelle et communautaire des problématiques de santé mentale. Le cadre de référence adopté constitue un pas de plus dans la même direction et sera suivi d'une programmation tenant compte des ressources existantes et des spécificités de l'Estrie et de ses sous-régions.

* * *
* *

COLLOQUE SUR LE SUICIDE EN ESTRIE*

Le 23 avril 1987, le CRSSSE, en concertation avec madame Monique Gagnon-Tremblay, ministre déléguée à la Condition féminine et députée de Saint-François ainsi que le Carrefour intervention suicide (CIS), a organisé une journée à l'intention des intervenants qui sont appelés à oeuvrer auprès des personnes suicidaires.

Dans le cadre d'une opération plus vaste visant à accroître la collaboration, la coordination et la complémentarité entre les ressources existantes, le colloque se voulait une occasion pour mieux connaître la réalité vécue par chaque intervenant concernant la problématique du suicide et pour les amener à joindre leurs efforts pour que les services requis soient offerts à la clientèle par les personnes, les organismes et les établissements les plus aptes à les offrir.

Le colloque regroupait 144 personnes provenant d'organismes et d'établissements différents (centres hospitaliers, CLSC, CSSE, DSC, organismes bénévoles ou communautaires, écoles, corps policiers, centres d'accueil de réadaptation, pastoral sociale, etc.) et de professions différentes (psychologues, travailleurs sociaux, médecins, infirmières, policiers, etc.)

Le programme de la journée prévoyant des travaux en ateliers, les intervenants ont été répartis dans dix ateliers de composition variée tant du point de vue de leur organisme d'origine que de leur profession.

En avant-midi, les ateliers avaient pour mission de valider les informations recueillies avant le colloque sur les sujets suivants:

- les programmes existants (prévention, intervention, etc.), leur fonctionnement et les statistiques compilées;
- les ressources humaines, matérielles et financières disponibles à date;
- la complémentarité actuelle avec les autres intervenants et la complémentarité souhaitée;
- les informations sur ce qui manque:
  - sans addition de budget (complémentarité, formation, etc),
  - avec addition de budget;
- liste des problèmes vécus présentement.

En après-midi, les ateliers ont été précédés d'une présentation par madame Fernande Lavergne sur ce qui se vit présentement en terme de complémentarité dans le dossier du suicide au CRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

* Collaboration spéciale de M. Gilles Gilbert du CRSSSE

À la suite de cette présentation, les participants se sont retrouvés en ateliers pour répondre aux questions suivantes:

- Comment améliorer ce qui existe sans addition de budget et avec addition de budget?

* * *
* *

- Quelles sont les priorités parmi ce qui manque et les stratégies pour les réaliser ou les obtenir?

Vous retrouvez ci-dessous les dix recommandations soumises en priorité par les ateliers de travail ainsi que les stratégies proposées.

MANQUES PRIORITAIRES	STRATÉGIES
1. Création d'un fonds spécifique (public ou gouvernemental) relatif à la "problématique" du suicide.	(Inhérente à la proposition)
2. Mise en place d'un plan de concertation local et d'organisation de ressources locales de services aux personnes suicidaires.	- identifier une instance responsable; - identifier des ressources dans la MRC; - former une table de concertation; - élaborer un plan d'action; - publiciser ce plan (les services); - assurer le suivi (ressources humaines et financières).
3. Centre d'intervention de crise ouvert 24 heures sur 24 pour la région.	- enveloppe budgétaire à aller chercher aux ministères de l'Éducation et de la Santé; - concertation des ressources en sous-régions; - identifier les ressources physiques (presbytère); - intervenants formés à la problématique; - que le Carrefour intervention suicide soit utilisé comme ressources en information et formation; - corporation impliquant des bénévoles, des réseaux institutionnels et communautaires, structure administrative souple; - que l'influence des intervenants du réseau soit plus professionnelle qu'administrative.

4. Des ressources financières suffisantes pour assurer le suivi et le développement du Carrefour Intervention Suicide (CIS) avant de développer d'autres ressources à la condition que le CIS s'assure d'avoir une ressource ou personne disponible pour faire du "coaching" auprès des intervenants en région.	- que les établissements supportent avec leurs intervenants le CIS et qu'ils le supportent aussi politiquement; - que le CIS reçoive les sommes nécessaires à la réalisation de la proposition; - que le CIS forme une ressource alternative par MRC dans les groupes déjà en place.
5. La mise sur pied d'une équipe régionale responsable de la coordination des ressources.	- fait par le groupe de travail pour faire des recommandations pour la constitution de cette équipe; - représentants de chaque localité dans cette équipe (délégués); - avoir une représentation des différents types d'intervenants; - représentation des différents groupes d'âge; - équipe soit à un niveau décisionnel; - avoir un permanent.
6. Avant de mettre sur pied de nouvelles ressources, il faudrait d'abord accorder des fonds suffisants à ceux qui existent déjà: CIS, Fonds JEVI, CLSC, ressources alternatives.	
7. Prévention	- publicité; - liste des ressources; - CLSC, priorité régionale de la santé mentale.
8. Des ressources financières suffisantes pour assurer le suivi et le développement du CIS avant de développer d'autres ressources.	- sensibilis - le gouvernement aux problèmes régionaux; - téléthon pour l'Estrie; - favoriser les dons au niveau des organismes; - contrats de services (que les hôpitaux achètent les services du CIS à même leur budget).

9. Que le CIS devienne une source d'information, de sensibilisation et de formation pour la région de l'Estrie; qu'il y ait une ressource ou une personne disponible en région pour faire du "coaching" auprès des intervenants (développer le secteur des ressources alternatives, ex.: le CIS); que le CIS ait un rôle spécifique de concertation régionale.

10. Une équipe de consultants constituée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un travailleur social à qui les ressources en périphérie pourraient référer pour les cas suicidaires.

- information de masse pour l'Estrie;
- coordonner la mise sur pied de services aux personnes suicidaires et leurs proches dans chaque MRC, volets:
  . prévention,
  . formation,
  . intervention,
  . services aux endeuillés,
  . diffusion des recherches et en refaire s'il en manque.

(Inhérente à la proposition)

SUIVI DU COLLOQUE

Comme énoncé plus haut, le colloque s'inscrivant dans une opération plus vaste visant à accroître la collaboration, la coordination et la complémentarité, les résultats du colloque feront l'objet d'un rapport plus détaillé qui fera état des ressources disponibles et des autres priorités ressorties lors du colloque et qui sera soumis à un groupe de travail (17 personnes représentantes d'établissements et d'organismes différents) qui a été mis sur pied à l'automne 1986 et qui avait recommandé la tenue d'un tel colloque et son programme.

Ce groupe de travail prendra connaissance du rapport et fera des recommandations au CRSSSE sur les actions qui doivent être prises à court, moyen et long terme dans le dossier sur le suicide en Estrie.

UNE JOURNÉE SUR LA VIOLENCE CONJUGALE *

En date du 4 mai dernier, a eu lieu une rencontre régionale sur la "Violence conjugale". Cette rencontre fut organisée par le CRSSSE et le ministère de la Justice dans le but de permettre aux différents intervenants d'échanger sur cette problématique et d'être informés des politiques misés de l'avant pour aider les victimes de la violence conjugale.

Cent cinquante personnes ont participé à cette journée. La moitié des participants venait du secteur de la santé et des services sociaux, un quart du secteur de la justice et un quart des ressources comunautaires. Mme Denise Lalancette, la présidente du Conseil d'administration du CRSSSE et Me Pinard, le procureur substitut en chef, ont souhaité la bienvenue aux participants.

Dans un premier temps, deux intervenantes de l'Escale, maison d'hébergement pour femmes violentées de Sherbrooke, ont présenté une mise en situation que vivent plusieurs femmes victimes de violence. Mme Ivonne Croteau, coordonnatrice du Centre de jour de l'Escale, a, quant à elle, exposé la problématique de la violence faite aux femmes en milieu conjugal en s'attardant principalement sur la description des femmes victimes, de leurs besoins, des ressources existantes et de la tolérance de la société face à la violence.

Les discussions en atelier qui ont suivi cet exposé ont permis aux personnes présentes d'échanger sur leur perception de la violence conjugale et sur leurs interventions.

En après-midi, les travaux ont débuté avec la présentation par Me Pinard et Me Céline Audet-Otis de "La politique d'intervention en matière de violence conjugale" du ministère de la Justice suivie de la présentation de "La politique d'aide aux femmes violentées" du MSSS par M. Albert Painchaud, directeur général du CRSSSE, et Mme Danielle Beaulieu, travailleuse sociale au CLSC Alfred-Desrochers.

Les participants ont par la suite échangé sur les implications des deux politiques dans leur travail et sur les conditions à mettre en place pour leur application.

Ces recommandations peuvent se regrouper sous trois volets:

- la concertation,
- les services,
- la prévention, la sensibilisation et l'information.

* Collaboration spéciale de Mme Ginette Noël du CRSSSE

En voici la synthèse:

CONCERTATION

- que la problématique de la violence conjugale soit reconnue comme zone d'intervention prioritaire dans les différents ministères concernés;
- qu'une table de concertation régionale et locale réunissant les différents intervenants soit formée sur la problématique de la violence conjugale pour aider à:
  - délimiter les rôles de chacun,
  - établir des mécanismes de référence plus formels entre les ministères et les services concernés,
  - une communication claire entre les différents intervenants;
- que le CRSSSE assure cette concertation entre les ministères (Justice, Éducation, MSSS) et aussi entre les établissements de santé et de services sociaux et les ressources communautaires;
- que le CRSSSE coordonne les services offerts aux victimes de la violence conjugale;
- que des rencontres des directions des corps policiers, des CLSC, des CSS, des CH soient tenues pour expliquer les politiques et définir les services à offrir.

SERVICES

Justice

- qu'il y ait mise en place d'un tribunal spécifique lié à la problématique de la violence conjugale;
- qu'il y ait moins de temps entre l'arrestation et le début du processus judiciaire;
- que le témoignage des victimes ne se fasse pas en public;
- qu'il y ait moins de remises de causes;
- que les policiers soient informés des ressources existantes autant alternatives que du réseau social;
- qu'il y ait démystification ou précision du "secret professionnel" empêchant les médecins de témoigner dans un cas de violence conjugale;
- que des stages dans le réseau des affaires sociales soient offerts aux policiers.

Réseau de la santé et des services sociaux:

- que la violence soit reconnue comme zone d'intervention prioritaire dans le réseau;
- que des services 24 heures/7 jours soient accessibles aux victimes de la violence conjugale;
- qu'une équipe d'intervention psychosociale spécifique à la problématique "violence conjugale" soit mise en place et clairement identifiée;
- que des services d'accueil, de dépistage et d'urgence sociale soient offerts dans les urgences de C.H.;
- que des services d'aide aux hommes violents soient accessibles;
- que des services d'aide aux enfants témoins de cette violence soient mis sur pied;
- qu'un soutien financier soit donné à la femme qui entreprend une démarche;

- que la permanence des intervenants soit favorisée lorsqu'il y a prise en charge de la femme violentée dans un établissement et qu'il y ait retour d'information sur les suivis (minimiser le nombre d'intervenants pour assurer une meilleure continuité dans la relation d'aide);

- que soit favorisé le développement de réseau d'entraide naturel;

- que tout soit mis en oeuvre pour "dépsychiatriser" les victimes de violence (ex.: en les référant à des ressources alternatives).

Les ressources alternatives

- que les ministères concernés reconnaissent le travail accompli par les ressources du milieu;

- que des ressources monétaires soient affectées aux maisons d'hébergement afin d'assurer le maintien des services qu'elles donnent;

- que le MSSS favorise des expériences-pilotes dans une région pour créer des ressources temporaires d'hébergement;

- que des budgets soient affectés pour supporter l'aide à donner aux enfants accompagnant leur mère dans les maisons d'hébergement;

- que la ressource alternative "Le Seuil" soit supportée financièrement afin qu'elle puisse donner des services d'aide aux hommes violents;

- qu'une plus grande disponibilité des ressources actuelles soit assurée et que des ressources humaines et financières, autant sociales que judiciaires, soient injectées.

Formation

- qu'une formation adéquate soit donnée aux intervenants des établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux quant au dépistage, à l'accueil et à la façon d'intervenir auprès des victimes de cette violence;

- que l'information sur les programmes de formation disponibles soit diffusée aux différents intervenants.

PRÉVENTION, SENSIBILISATION ET INFORMATION

- que soit développé dans les écoles le volet préventif sur le phénomène de la violence conjugale;

- qu'une campagne de sensibilisation auprès du public s'organise pour démystifier et dénoncer la violence conjugale;

- qu'une sensibilisation sur le phénomène de la violence conjugale soit faite auprès des intervenants du réseau du MSSS qui sont susceptibles de recevoir les victimes de cette violence;

- améliorer la diffusion de l'information sur les ressources et les recours existants pour les victimes de la violence conjugale;

- dresser une liste des ressources existantes dans la région et la diffuser aux intervenants concernés.

* * *
* *

LE COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE AU CSSE*

HISTORIQUE ET ÉVOLUTION

Le Comité de condition féminine existe au Centre de services sociaux de l'Estrie (CSSE) depuis novembre 1983. Il est né du souci de la répondante de l'établissement au Comité provincial de la condition féminine de l'Association des centres de services sociaux du Québec (ACSSQ) de s'associer quelques personnes pour actualiser les mandats confiés à chaque centre de services sociaux (CSS) quant à la sensibilisation du personnel à la problématique de la violence faite aux femmes.

Depuis, le comité a maintenu sa préoccupation à l'égard de la violence familiale en particulier, en supportant la formation d'une personne à l'approche féministe et spécialisée auprès des femmes violentées et en favorisant une formation d'appoint à l'intervention auprès des hommes violents.

Par ailleurs, à partir de 1984-85, le Comité de la condition féminine au CSSE a élargi considérablement son mandat, pour réfléchir sur les stéréotypes, préjugés et rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes dans notre société. Il a, de plus, établi un pont entre les organismes du réseau et du milieu (l'Escale, le Centre de santé de femmes, le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALCAS), les CLSC, le CSSE) qui collaborent ensemble à assurer des services adéquats aux femmes utilisatrices des services de santé et services sociaux. En 1985-86, le Comité de la condition féminine a favorisé une sensibilisation de l'ensemble du personnel quant aux diverses écoles de pensée en matière de féminisme. Cette année, en 1986-87, le Comité de la condition féminine a élaboré un programme de sensibilisation à l'approche non-sexiste dans les relations avec la clientèle. Ce programme de formation sera diffusé à l'ensemble du personnel à partir de l'automne 1987.

Au CSSE, le Comité de la condition féminine a pris sérieusement racine dans l'établissement. En particulier, il a obtenu que soit retenu en priorité par l'établissement, la formation de nos intervenants(es) à "l'approche féministe". De plus, à la "Journée de la condition féminine" en mai de chaque année, plus de 50% du personnel (de toutes catégories) y participe.

FONCTIONNEMENT

- Le comité est composé de cinq à huit personnes, en provenance de toutes les catégories de personnel et est accessible aux hommes et aux femmes.

- Le comité se rencontre sur une base mensuelle, huit rencontres de 3 heures

* Collaboration spéciale de Mme Murielle Lapointe du CSSE

par année environ, à l'intérieur des heures ouvrables.

- Il existe une collaboration étroite entre le comité et la direction de l'établissement quant à l'actualisation des objectifs proposés par le comité.

- De façon à informer l'ensemble du personnel quant aux activités prévues par le Comité de la condition féminine, un communiqué est préparé et diffusé au personnel.

- Le comité se charge de diffuser l'information quant aux conditions de vie des femmes aux personnels qui en font la demande.

- Lors de la journée de la Condition féminine au CSSE, les organismes du milieu et du réseau préoccupés par la condition de vie des femmes sont invités à participer à la rencontre.

- La répondante de l'établissement sur la Table de concertation à la condition de vie des femmes du CRSSSE siège "d'office" sur le comité.

- La répondante de l'établissement, au Comité provincial de la condition féminine à l'ACSSQ siège aussi sur le Comité local de la condition féminine.

ACTIVITÉ RELIÉE AU COMITÉ AVISEUR DU CRSSSE

Suite au rapport final du Comité aviseur à la condition de vie des femmes du CRSSSE intitulé "Rapport d'orientations et de recommandations pour une meilleure qualité de vie des utilisatrices des services de santé et services sociaux de la région 05, 16 décembre 1985", le Comité de la condition féminine du CSSE a élaboré un projet de prise de position pour le Conseil d'administration de l'établissement en vue de contrer la violence faite aux femmes sous toutes ses formes. Ce projet a été reçu favorablement et retenu par le Conseil d'administration du CSSE lors de son assemblée du 25 mai dernier.

En résumé, suite à la recommandation du Comité de la condition féminine, le Conseil d'administration du CSSE:

- reconnait que les actions entreprises par la programmation de services auprès de la clientèle des jeunes abusés sexuellement constituent des moyens d'actions concrets visant à contrer la violence sous toutes ses formes et, en particulier, la violence sexuelle;

- propose l'intégration au cours de l'année 1987-88 de la formation à l'intervention féministe à l'intérieur des approches déjà développées auprès des adolescentes et des mères;

- propose de cerner davantage les différentes facettes de la problématique de la violence et d'entreprendre une réflexion appuyée de moyens d'actions visant à contrer la violence auprès des autres clientèles l'établissement.

LES PRIORITÉS RÉGIONALES

Dans le but d'initier rapidement la phase II du dossier des "Priorités régionales 1987-90" et de s'engager le plus tôt possible dans des interventions concrètes en vue de les réaliser, le CRSSSE a demandé, en mars 1987, à cinq équipes de travail de préparer et de lui proposer des plans d'action au niveau des cinq priorités suivantes:

- la santé mentale,
- les difficultés d'accomplissement des rôles parentaux et les problèmes reliés aux conflits dans le couple,
- le chômage,
- l'isolement des anglophones,
- les maladies cardio-vasculaires.

De façon générale, les cinq plans d'action devront contenir les éléments suivants:

- la définition de la problématique;
- l'inventaire des services déjà en place;
- les objectifs visés: l'énoncé de chaque objectif devra donner des précisions sur:
  - la population visée,
  - la zone d'application du programme (territoire, milieu de vie, ...),
  - la nature de la situation désirée,
  - l'échéancier;
- les solutions proposées: il s'agit ic des moyens (activités, services, etc. propres à assurer la réalisation de objectifs;
- les ressources humaines, matérielle et financières requises pour supporte les solutions proposées;
- les modalités organisationnelles (répartition des rôles, mécanismes d coordination, etc.) propres à assure la réalisation des objectifs;
- les critères qui permettront d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs.

Quant à elles, les équipes de travail seront composées de personnes en provenance soit du Centre de services sociaux de l'Estrie, des centres d'accueil de réadaptation, des centres d'accueil d'hébergement, des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires et de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ainsi qu'en provenance de plusieurs groupes et organismes communautaires de l'Estrie dont La Cordée transit de jour, l'Association des parents et amis des malades mentaux, la Ligue de la protection de l'enfance, Parents anonymes, l'Action communautaire alternative Estrie, Élixir, l'Association des Townshippers, l'Aide communautaire de Lennoxville et des environs, Le Pavillon de l'Estrie et le Centre de santé des femmes. Pourront aussi y être présentes des personnes de l'Office des personnes handicapées du Québec, des ministères de

(Suite à la page 26)

LE SYSTÈME D'ADMISSION RÉGIONAL*

Le CRSSSE à l'instar des autres CRSSS du Québec s'est vu confier la responsabilité d'élaborer et de coordonner, en collaboration avec les établissements, un système d'admission et d'orientation pour les bénéficiaires en perte d'autonomie.

À cet effet, il adoptait en décembre 1985 un cadre général relatif au système régional d'admission et de transfert des bénéficiaires vers les établissements offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée.

La mise en place des structures de fonctionnement ainsi que les changements d'approche et de mode d'intervention ont nécessité des ajustements de part et d'autre. Compte tenu d'éléments nouveaux tels:

- la mise en place et l'utilisation d'un nouvel instrument d'évaluation,
- l'ajout d'une équipe multidisciplinaire dans la structure fonctionnelle du système d'admission,
- la participation obligatoire de tous les établissements,

* Collaboration spéciale de Mme Ginette St-Hilaire du CRSSSE

la mise en opération du système s'est effectuée le 15 décembre.

Cependant, depuis le 1er avril 1987, tous les établissements visés (CH, CAH, CLSC, CSSE) participent à l'évaluation des demandes de changement de milieu de vie pour les personnes en perte d'autonomie. Ainsi, toutes les admissions en hébergement et en soins de longue durée sont gérées par le Système régional d'admission (SRA) à l'exception des familles d'accueil.

Pour assumer sa responsabilité d'élaborer et de coordonner le système régional d'orientation et d'admission pour cette clientèle, le CRSSSE a formé un comité intersectoriel dont le rôle comprend un volet consultatif auprès du CRSSSE et des commissions d'établissements.

En plus de proposer les nominations aux comités d'orientation et d'admission et à l'équipe multidisciplinaire, son mandat couvre les points suivants:

- recevoir pour analyse et recommandation les critères d'admission, de sortie définitive et d'inscription ainsi que les politiques de transfert présentés par les établissements;
- proposer les politiques et procédures générales auxquelles devront se conformer le ou les comités d'orientation-admission (COA) et, de façon plus spécifique, prévoir les mesures à prendre en situation d'urgence;
- proposer les outils d'évaluation des demandes d'admission;

- formuler des recommandations sur le système et l'organisation des services;
- traiter les cas litigieux.

Ainsi, ses recommandations portent à la fois sur les structures, le fonctionnement et l'évaluation du SRA.

Ce comité est composé de représentants nommés par les commissions d'établissements, soit: deux membres désignés par la Commission des centres hospitaliers (C-CH), deux par la Commission des centres d'accueil d'hébergement (C-CAH), deux par la Commission des centres locaux de services communautaires (C-CLSC), un par le Centre de services sociaux de l'Estrie (CSSE) et de la personne responsable du SRA au CRSSSE.

OBJECTIFS ET STRUCTURES DU SRA

Le système de coordination régionale des admissions doit:

- permettre d'orienter les bénéficiaires vers les ressources ou les services les plus appropriés pour répondre à leurs besoins;
- viser l'aménagement d'un réseau intégré de services en s'appuyant sur la participation de tous les établissements et sur la cueillette d'informations portant sur le profil des besoins de la clientèle en perte d'autonomie.

Les structures ou comités mis en place comprennent une équipe multidisciplinaire et sept comités d'orientation admission.

LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION CTMSP

Rappelons que le système CTMSP adopté, pour l'Estrie, en janvier 1986 (Classification par types en milieu de soins et services prolongés) est un système d'évaluation et d'orientation pour les bénéficiaires en perte d'autonomie.

Le processus comprend trois étapes distinctes, soit:

- l'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale;
- la détermination et la mesure des services requis par le bénéficiaire;
- l'orientation du bénéficiaire dans le réseau.

La première étape, dite d'évaluation, est exécutée par les différents professionnels de la région et est de type formel. Trois versions de formulaires disponibles sont adaptées au milieu de vie du bénéficiaire, soit les versions: domicile, CHSCD et ressources intermédiaires ou institutionnelles.

La deuxième étape, soit la détermination et la mesure des services requis, est effectuée par une équipe multidisciplinaire composée par chacun des cinq types de professionnels suivants: médecin, infirmière, intervenant social, ergothérapeute et physiothérapeute.

À raison de deux jours par semaine depuis janvier dernier, cette équipe de professionnels procède à l'étude de toutes les demandes qui sont soumises au SRA et fournit aux COA des données qui permettent à ce dernier de prendre sa décision.

Pour une première année d'opération, les membres sont:

- M. J. Allard, médecin
- M. G. Lacombe, médecin,
- Mme D. Brouillette, infirmière,
- Mme D. Giroux-Ferland, infirmière,
- Mme M. L. Ayotte, intervenante sociale,
- Mme L. Fauteux, intervenante sociale,
- Mme L. Lessard, ergothérapeute,
- Mme C. Molliner, ergothérapeute,
- Mme C. Jones, physiothérapeute,
- Mme M. Roy, physiothérapeute.

Pour assumer la troisième étape, sept comités d'orientation admission (COA), soit un pour chacune des sous-régions, ont été formés des représentants des établissements participants au SRA soit le CSSE, les CLSC, les CAH et les CH de soins de longue durée ou ayant une unité de soins de longue durée (ULD).

Les règles de fonctionnement de ces COA ont été définies pour leur permettre d'actualiser leur mandat concernant la décision d'admissibilité et l'orientation des bénéficiaires. Chaque comité se réunit, de façon statutaire, une fois par mois.

FORMATION

Pour faciliter l'utilisation du nouvel instrument, le MSSS en collaboration avec le CRSSSE a actualisé à l'automne 1986 dix-huit sessions de formation adaptées aux trois modes de participation dans le système régional d'admission.

Ainsi, 174 professionnels à l'emploi des établissements de la région ont reçu la formation d'évaluateur de l'autonomie, 44 personnes ont participé aux sessions portant sur les comités d'orientation admission (COA) et les dix membres de l'équipe multidisciplinaire ont suivi une formation spécifique.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), avec notre collaboration, a aussi fait parvenir aux médecins omnipraticiens de la région une information pertinente.

Nous souhaitons être en mesure d'offrir, à l'hiver 1988, d'autres sessions de formation dans notre région.

LE COMITÉ DES LITIGES

Tout dossier qualifié de litige et qui n'a pu être réglé par le comité d'orientation admission concerné sera soumis pour règlement à un comité composé de:

- la responsable du SRA;
- les sept membres réguliers du comité intersectoriel;
- le président du COA concerné par le litige.

LA COORDINATION RÉGIONALE

La Direction des services sociaux du CRSSSE assume cette responsabilité et monsieur Raymond Lépine supervise les activités de mise en place des structures organisationnelles.

La responsabilité de l'implantation et du support technique et professionnel a été confiée à madame Ginette St-Hilaire.

Les principales fonctions de la responsable sont:

- d'assurer le fonctionnement des divers comités ou structures;
- de supporter la formation et l'information relative au Système régional d'admission;
- d'évaluer les composantes du SRA.

Toutes les activités de liaison concernant cette clientèle sont assumées par monsieur Jean Chailler.

Entre autres fonctions, il doit:

- faciliter les communications avec les établissements et les professionnels concernés à l'une ou l'autre des étapes du processus d'évaluation et d'orientation du bénéficiaire;
- être le lien professionnel et technique entre les structures et les organismes tout au long du processus.

Le secrétariat du Système régional d'admission est assuré par le CRSSSE.

SUPPORT INFORMATIQUE

Le CRSSSE vient de se doter du logiciel SIBPA (système d'information pour bénéficiaires en perte d'autonomie) qui permet de:

- supporter les activités du SRA;
- recueillir les informations portant sur:
  - le profil des clientèles;
  - les besoins des bénéficiaires en services de soutien, en services médicaux, en soins infirmiers, en service social, en ergothérapie et en psysiothérapie.

CONCLUSION

Pour atteindre les objectifs d'orientation des bénéficiaires en perte d'autonomie et de collecte d'information en vue d'obtenir un réseau de services adaptés aux besoins de ces bénéficiaires, la collaboration de tous les établissements concernés est essentielle.

Nous avons voulu vous présenter les structures organisationnelles déjà mises en place et vous identifier les personnes qui siègent au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Cependant, toutes les personnes qui participent au processus d'évaluation et d'orientation ont un rôle dynamique au sein du SRA. Leur participation et leur implication assurent la concertation des professionnels et des établissements de notre région.

Afin d'atteindre un rythme de croisière, cette collaboration devra se poursuivre et s'ajuster aux nouveaux besoins que des évaluations périodiques nous démontreront.

Les données produites par le SRA seront fournies aux instances de planification et de programmation et aideront, s'il y a lieu, à l'aménagement de services adaptés aux besoins de la clientèle en perte d'autonomie.

Cette mise en commun d'énergies centrée sur les besoins de la clientèle en perte d'autonomie constitue un nouveau défi dans la gestion d'un réseau régional de services.

LES PRIORITÉS RÉGIONALES

(Suite de la page 21)

la Justice, de l'Éducation, de la Main-d'oeuvre et Sécurité du revenu et du Comité de protection de la jeunesse en plus des milieux syndical et patronal ainsi que des Offices diocésains de la famille et de la pastorale sociale.

D'autre part, comme les travaux reliés à la problématique "l'alcool et les drogues" sont plus avancés, un comité permanent de concertation régionale a été mis en place. Celui-ci est composé à la fois de personnes provenant des établissements concernés ainsi que d'organismes privés et communautaires. Ce comité devra contribuer à l'élaboration d'un plan de mise en oeuvre de la programmation régionale arrêté par le CRSSSE en février dernier. De plus, il contribuera à la coordination des activités prévues au programme et collaborera au suivi et à la mise à jour du modèle d'organisation des services dans l'Estrie.

Au chapitre de la violence et des abus sexuels à l'endroit des femmes, la Table régionale à la condition de vie des femmes revisera les recommandations formulées dans le plan d'action déjà arrêté par le CRSSSE en 1986. Les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers, les centres d'accueil d'hébergement, les centres d'accueil de réadaptation pour personnes mésadaptées, le Département de santé communautaire (CHUS), le Centre de services sociaux de l'Estrie et la Villa Marie-Claire ont tous un représentant à cette table en plus des quatre personnes provenant du Conseil du statut de la femme, de La Passerelle, de L'Escale et du Centre de santé des femmes et la présidente du Conseil d'administration du CRSSSE.

* * *
* *

ALOURDISSEMENT DES CLIENTÈLES EN CAH ET EN CHSLD

Pour 1987-88, l'Estrie s'est vu octroyer un budget additionnel de 361 800 $ (annualisé à 482 400 $ pour 1988-89) destiné à l'alourdissement des clientèles en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins de longue durée et ce, sur un budget de 6 millions de dollars (annualisé à 8 millions $ pour 1988-89) pour l'ensemble du Québec.

Dans la répartition inter-régionale, le MSSS a utilisé un per capita qu'il a corrigé en fonction de deux critères, soit le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus et le nombre de places requises en milieu institutionnel par 1 000 habitants. Ces deux critères tiennent compte de la réalité de notre région et contribuent à améliorer l'équité inter-régionale.

En accord avec les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), le CRSSSE a retenu deux critères de répartition soit que 50% de l'enveloppe soit alloué au rattrappage (formule utilisée en 1986-87 en fonction de la richesse relative des établissements) et que l'autre 50% soit réparti entre tous les établissements au prorata du nombre de lits en autant que le 100% de budgétisation ne soit pas dépassé; cette formule tient compte de l'alourdissement des clientèles dans tous les établissements, de l'équité à maintenir entre les établissements dans le développement des ressources et du fait qu'il n'y a pas eu de mise à jour de l'évaluation des bénéficiaires depuis 1984. Selon cette méthode, le pourcentage de budgétisation des CAH se situera à un seuil de 77,3% de leurs besoins alors que le seuil de budgétisation des CHSLD se situera entre 81,2% et 88,6% comparativement à 74,3%, en 1985-86, dans le premier cas et à une marge variant de 80,6% à 87,8% pour le CHSLD.

Le budget 1987-88 se répartit donc de la façon suivante:

Centre d'accueil de Wotton	23 152 $
Domaine de la Sapinière	6 195 $
Foyer Boiscastel	4 618 $
Foyer d'Asbestos	21 592 $
Foyer de Bromptonville	4 280 $
Foyer de Valcourt	7 885 $
Foyer de Weedon	17 305 $
Foyer du Sacré-Coeur	12 165 $
Foyer Richmond	29 769 $
Foyer Ste-Anne-Marie	18 329 $
Foyer St-Joseph de Sherbrooke	28 273 $
Maison blanche	17 266 $
Maison paternelle	45 186 $
Maison Reine-Marie	5 407 $
Résidence Castel Claire-Mathieu	-------
Résidence de l'Estrie de Sherbrooke	66 322 $
Résidence Melbourne	11 253 $
CH de Coaticook	5 069 $
Hôpital d'Youville	33 679 $
Hôpital St-Louis de Windsor	4 055 $

PROGRAMME D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN CAH

L'Estrie vient de se doter d'un programme d'hébergement temporaire en centre d'accueil d'hébergement. Celui-ci permettra, suite à sa mise en place ultérieure, de prévoir un certain nombre de lits dans les CAH de l'Estrie spécifiquement réservés à cette fin.

L'hébergement temporaire dans un milieu de protection est une mesure de maintien à domicile, d'une durée limitée et déterminée à l'avance, pour permettre à une personne ou sa famille ou à des personnes de son entourage de récupérer, de prendre un répit, de trouver une solution à une perte temporaire d'autonomie ou à une situation de crise. Ceci suppose qu'après cette période, la personne, sa famille ou son entourage se reprendront en main ou auront trouvé un autre solution. De façon plus spécifique et selon le type d'utilisation, l'hébergement temporaire peut également se définir de la façon suivante:

Support ou soutien au maintien à domicile

Pour pallier à une incapacité temporaire du milieu naturel d'aide provoquée par une perte temporaire d'autonomie de la personne âgée ou par un empêchement de la famille ou du milieu à continuer la prise en charge du bénéficiaire.

Soulager temporairement le milieu naturel

Pour permettre la prise de vacances ou permettre à la famille de régler une autre situation de crise (ex.: maladie de la personne-ressource).

Permettre au bénéficiaire de récupérer

Suite à une perte temporaire d'autonomie situationnelle, fournir les services requis pour favoriser sa réadaptation et sa réintégration à domicile.

Urgences non médicales

Suite à une perte au plan familial ou social ou suite à un désastre (ex.: feu, réparations).

L'hébergement temporaire est une mesure d'aide à laquelle un certain nombre d'établissement peuvent contribuer selon leur spécificité et leur vocation dans un plan d'ensemble. Cependant, les CAH apparaissent les mieux placés actuellement compte tenu de leurs programmes, de leur

organisation et de leur présence sur le territoire comme lieu privilégié pour le développement d'une telle ressource. Les CAH et leurs pavillons peuvent répondre à l'ensemble des besoins d'hébergement des bénéficiaires par une gamme de services diversifiés allant des plus lourds aux plus légers. De plus, plusieurs établissements ont commencé à dispenser de tels services sur une base occasionnelle, à même leurs ressources.

Tout en adoptant le programme d'hébergement temporaire proposé par la Commission des centres d'accueil d'hébergement (C-CAH), le CRSSSE décidait du suivi à apporter à ce dossier et demandait:

- à la C-CAH de lui proposer un plan d'actualisation de ce programme et notamment de préciser:
  - le nombre de places à développer par MRC,
  - la localisation des places et l'établissement responsable,
  - le nombre de places pouvant être développées par substitution de ressources à même le budget de l'établissement,
  - l'accessibilité des services pour la population anglophone de chacune des MRC,
  - le nombre de places qui devront être développées au moment où de nouveaux budgets seront disponibles,
  - les priorités de développement,
  - les ressources matérielles et financières impliquées;
- aux centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) d'identifier, d'ici le 30 septembre prochain, quels rôles ils sont prêts à jouer, en complémentarité avec les CAH, en matière d'hébergement temporaire;
- au CSSE de faire connaître, d'ici le 30 septembre prochain, sa politique actuelle ainsi que les améliorations qu'il souhaiterait y apporter en matière d'hébergement temporaire ou de dépannage dans les ressources intermédiaires;
- aux CLSC de lui faire connaître, d'ici le 30 septembre prochain, leurs politiques actuelles ainsi que les améliorations qu'ils souhaiteraient y apporter en matière de services intensifs de maintien à domicile pour des bénéficiaires requérant des services pour de courtes périodes (dépannage);
- au Comité intersectoriel en santé mentale ainsi qu'au Comité sur la révision de la programmation en déficience intellectuelle de tenir compte dans leurs travaux des besoins d'hébergement temporaire ou de dépannage de leurs clientèles respectives et de proposer des solutions s'il y a lieu.

* * *
* *

PLANS D'ORGANISATION CLINIQUES DES CH

À défaut de plans d'organisation clinique pour les centres hospitaliers, le CRSSSE a accepté les demandes de nominations de médecins de six centres hospitaliers et ce, en accord avec la recommandation de la Commission des centres hospitaliers (C-CH). Ainsi, ces six établissements pourront procéder à la nomination de 37.2 postes de médecins pour combler leurs besoins actuels (remplacement de poste vacant ou ajout de poste) et ce, selon la répartition suivante:

CH D'ASBESTOS:
- Médecine générale (1)

CH DE SHERBROOKE:
- Anesthésie (1)
- Médecine générale (3)
- Médecine générale (5)

CH LAC-MÉGANTIC:
- Médecine générale (1)

CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE:
- Chirurgie générale (1)
- ORL (1)
- Cardiologie (1)
- Endocrinologie (1)
- Infectiologie (1)
- Anesthésie (2)
- Biochimie clinique (1)
- Médecine de famille (2)
- Pédiatrie (2)
- Radiologie diagnostique (1.2)
- Médecine nucléaire (1)

HÔPITAL D'YOUVILLE:
- Psycho-gériatrie (1)

HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE:
- Anesthésie (1)
- Hématologie-oncologie (1)
- Chirurgie générale (1)
- Chirurgie vasc. et thoracique (1)
- Cardiologie (1)
- Médecine interne (1)
- Dermatologie (1)
- Pneumologie (1)
- Médecine générale (2)
- Radiologie diagnostique (1)

En vertu de la Loi, les établissements, dont les centres hospitaliers, doivent faire approuver par le CRSSSE leur plan d'organisation clinique. Ce plan doit prévoir le type de services médicaux et dentaires dispensés par l'établissement ainsi que le nombre de médecins ou dentistes requis pour assurer ces divers services. La même Loi prévoit que, depuis le 1er avril 1987, un établissement doit obtenir l'autorisation préalable du CRSSSE avant de procéder à la nomination d'un médecin ou dentiste tant que son plan d'organisation n'est pas approuvé. Comme le ministère a tardé à promulguer les règlements relatifs à l'approbation des plans d'organisation clinique, ces plans ne pourront être étudiés et approuvés par le CRSSSE avant septembre prochain ce qui a amené le CRSSSE à procéder par défaut.

Cependant, la décision a pris en considération les travaux menés en 1984 par le Comité des plans d'organisation clinique qui avait alors inventorié les ressources médicales et dentaires et proposé, pour chaque spécialité, le nombre additionnel

(Suite à la page 33)

LA FONDATION BERTRAND-FABI, AU SERVICE DES ENFANTS

La Fondation Bertrand-Fabi consacrera une grosse part des fonds recueillis à l'issue des activités 1987 pour doter le Département de pédiatrie du CHUS d'une salle répondant aux besoins, aux rêves d'évasion, aux désirs d'activités physiques des jeunes hospitalisés de 2 à 17 ans.

M. Sam Lapointe, un designer québécois de réputation internationale, a tracé les esquisses de cette salle sans exiger d'honoraires. Le fait d'avoir cinq enfants en santé et, sans aucun doute, un coeur à la bonne place ont joué dans la décision de M. Lapointe qui est pourtant débordé de travail. "Ce sera un lieu où l'enfant pourra manger, jouer, s'assoupir, rêver, s'évader dans un lieu baigné des couleurs de l'arc-en-ciel et de celles qui évoquent le plus la nature" d'expliquer avec émotion M. Lapointe. On y retrouvera un coin pour l'ordinateur, un coin pour le robot, une place pour la voiture, un comptoir pour luncher, une table à dessin...

L'aménagement de la salle Bertrand-Fabi du CHUS coûtera environ 25 000 $ en plus de la collaboration gratuite de M. Lapointe et de l'apport en équipement de divers organismes. M. Serge Trachy, directeur des soins imfirmiers au CHUS, a souligné la compétence, la discrétion et le dévouement des membres de la Fondation Bertrand-Fabi dans leur démarche pour l'amélioration des conditions de vie des enfants hospitalisés et a dit souhaiter que cette collaboration dure dans le temps.

La Fondation Bertrand-Fabi a donc mis sur pied plusieurs activités pour financer ce projet de salle et les rêves d'enfants atteints de maladies graves.

Au programme, nous trouvons:

- le 3e Omnium Bertrand-Fabi qui a eu lieu, le 5 juin dernier, sur le parcours du club de golf de Milby sous la présidence d'honneur de M. Bernard Poulin, ingénieur, président du groupe SM de Sherbrooke;
- les 16 et 17 mai, le Choeur Florilège de Fleurimont a donné deux récitals dont les profits ont été versés à la Fondation;
- le 20 mai, le club de motards Blue Knights, regroupant des mordus de la moto parmi les corps policiers, a procédé au tirage d'une motocyclette de 12 000 $ dont les profits iront également à la Fondation;
- le 23 mai, souper gastronomique, aussi au profit de la Fondation.

La Fondation Bertrand-Fabi a été fondée, en mai 1986, pour à la fois perpétuer la mémoire d'un champion coureur automobile et à la fois concrétiser les rêves d'enfants atteints de maladies graves.

Dans la charte de l'organisme, il est prévu que seuls les intérêts des dons accumulés seront utilisés pour des projets, le capital restant intact.

PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Dans le cadre du programme de subventions en santé communautaire mis de l'avant par le MSSS, le CRSSSE vient d'octroyer 163 500 $ pour la réalisation, en 1987-88, de six projets en santé communautaire. Il s'agit des projets suivants:

- Production d'un vidéo-clip sur la prévention de la conduite avec facultés affaiblies chez les 15-19 ans (versions française et anglaise) (Promoteur: le CLSC La Chaumière) — 16 000 $
- La Maison de la famille (Promoteur: le CLSC SOC) — 28 000 $
- Analyse des processus d'intervention pour atteindre des clientèles à risques en milieu rural et semi-rural (Promoteur: le CLSC Fleur de Lys) — 28 000 $
- La famille et les proches de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale (Promoteur: le CLSC du Val St-François) — 28 000 $
- Cahier d'activités pour les femmes enceintes de milieux populaires (Promoteur: le DSC/CHUS) — 13 500 $
- Ville en santé (Promoteurs: le DSC/CHUS, le CLSC SOC, et le CLSC Gaston-Lessard) — 20 000 $

En plus de ces projets, il faut ajouter un montant de 30 000 $ déjà engagé l'an dernier pour un projet s'échelonnant sur deux ans. Dix-neuf projets (totalisant une demande budgétaire de 474 942 $) ont été présentés ce qui témoigne de l'intérêt suscité par le programme.

Depuis 1984-85, le MSSS met à la disposition des régions un budget devant servir à supporter des projets d'intervention, d'étude et d'analyse en santé communautaire. Par ce programme, le MSSS vise plus particulièrement à supporter les CRSSS du Québec et les établissements dans le développement de projets qui permettront d'améliorer la connaissance des problèmes socio-sanitaires, de développer des moyens d'intervention originaux et d'évaluer la performance et l'impact de certains programmes. D'autre part, il appartient à chaque CRSSS de:

- définir ses priorités et d'en aviser les établissements;
- se doter de mécanismes de coordination du programme au plan régional;
- recevoir les projets, les analyser et décider du support à leur accorder.

Dans l'Estrie, la coordination du programme est assurée par un groupe de travail composé de deux représentants des CLSC, deux du DSC/CHUS et deux du CRSSSE. Ce groupe de travail a retenu, pour 1987-88, les mêmes critères d'admissibilité (ou d'exclusion) et de priorisation qui avaient été utilisés antérieurement. Pour être admissible, un projet doit respecter les critères suivants:

- le projet doit être conforme avec le type de projets prévus au programme;
- le projet doit pouvoir être réalisé à l'intérieur d'une période de douze mois;
- si la réalisation du projet nécessite la collaboration d'autres organismes, le promoteur devra donner la preuve que cette collaboration lui est acquise;
- le projet ne doit pas servir principalement à l'acquisition d'équipements;
- le projet ne doit pas être une forme déguisée de service qu'un établissement est appelé à dispenser dans l'exercice normal de ses fonctions;
- la demande doit être présentée selon l'échéancier prescrit et contenir les renseignements requis dans le formulaire de présentation.

De plus, compte tenu des limites du budget accordé à l'Estrie, les projets sont classés par ordre prioritaire selon les critères suivants:

- le degré de conformité avec les priorités régionales;
- l'originalité ou la nouveauté de l'approche;
- l'utilité ou la généralisation possible des résultats.

PLANS D'ORGANISATION
CLINIQUES DES CH

(Suite de la page 30)

de postes requis pour répondre de façon adéquate aux besoins de la région en matière de services cliniques, d'activités d'enseignement, d'activités de recherche et d'activités d'administration. Le rapport du comité était alors accueilli favorablement par la C-CH et le Conseil d'administration du CRSSSE. Les demandes présentées à ce moment-ci par les centres hospitaliers s'inscrivent à l'intérieur de l'estimé des besoins de la région élaboré en 1984.

Deux réserves s'imposent:

- L'approbation des nominations demandées ne saurait être interprétée comme étant une approbation du plan d'organisation clinique des centres hospitaliers visés.
- L'approbation des nominations proposées ne saurait être interprétée comme une autorisation à dépasser les limites budgétaires que le MSSS fixe aux établissements.

LES SERVICES AMBULANCIERS

Première en Estrie! La ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux, vient d'approuver deux règlements régissant les services ambulanciers dans l'Estrie, notre région étant la première à recevoir cette approbation. Le premier règlement (le règlement no 1) détermine les conditions et modalités à remplir pour l'obtention ou le renouvellement d'un permis d'ambulance. Le deuxième (le règlement no 3) détermine les normes d'équipement, de fonctionnement et d'inspection des services d'ambulance dans l'Estrie.

De plus, en 1987-88, les demandes budgétaires acheminées au MSSS quant aux subventions d'appoint au transport ambulancier en Estrie s'élèveront à 1 107 337 $ et seront réparties entre les postes suivants: la garantie de revenus aux firmes d'ambulance, la prime à la disponibilité versée aux firmes d'ambulance pour les employés, la formation pour le personnel ambulancier, les salaires, le réseau de communication, les subventions de soutien à la Politique du transport de bénéficiaires et la subvention pour l'administration du dossier ambulance.

En août 1985, le MSSS déléguait au CRSSSE des pouvoirs accrus concernant l'organisation des services ambulanciers en Estrie. Les CRSSS étaient déjà responsables de délimiter les territoires, d'effectuer les paiements, de répondre aux plaintes concernant le service, d'assurer la formation des préposés, etc... Ainsi, dans le cadre de son nouveau mandat, le CRSSSE se voyait confier le pouvoir de délivrer les permis et de réglementer ce secteur d'activité et ce, conformément à la Loi sur la protection de la santé publique. Depuis, l'intervention du Ministère se résume donc à définir les orientations politiques du dossier, à distribuer les budgets requis à chacun des CRSSS et à contrôler les résultats.

* * *
* *

REVUE DE PRESSE RÉGIONALE

Attention, les groupes et organismes bénévoles ou communautaires! Une revue de presse régionale vous est maintenant disponible! En effet, depuis plusieurs années, le CRSSSE produit pour ses besoins internes une revue de presse quotidienne. Au cours des années, certains établissements et quelques groupes communautaires ont signalé leur intérêt à recevoir la revue et ont demandé au CRSSSE de mettre sur pied une revue de presse régionale. Après avoir vérifié l'importance du besoin auprès des 53 établissements publics et privés du réseau, le Service des communications du CRSSSE a élaboré une proposition à l'intention des établissements en tenant compte des ressources humaines disponibles et des contraintes financières des établissements et du CRSSSE.

Par la suite, la proposition de revue de presse régionale a été présentée, pour consultation, à un comité de travail composé de représentants d'établissements et de groupes bénévoles ou communautaires dont elle a reçu un assentiment favorable.

La revue de presse est un instrument de rétro-information sur la réalité régionale dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'information est recueillie à partir des onze médias imprimés de l'Estrie (quotidiens et hebdomadaires), de deux médias nationaux (Le Devoir, Le Soleil) et de certains périodiques reçus au CRSSSE. Tout contenu (article, nouvelle, éditorial, dossier, reportage, avis public, etc.) concernant les problématiques de la santé et des services sociaux est retenu pour former la revue de presse.

Le projet devant s'autofinancer, le principe de l'abonnement à la revue de presse régionale est mis de l'avant pour les établissements et les groupes et organismes bénévoles ou communautaires.

La revue de presse contiendra, en moyenne, 60 pages et sera diffusée hebdomadairement aux abonnés. Les tarifs d'abonnement annuel sont les suivants:

- 1 exemplaire: 225,00 $/année
- 2 exemplaires: 377,50 $/année
- 3 exemplaires: 517,50 $/année

Si notre projet de Revue de presse régionale vous intéresse, nous vous offrons un abonnement à celle-ci pour la période du 31 août 1987 au 31 mars 1988. Les années subséquentes, la revue de presse sera offerte du 1er avril au 31 mars. Le tarif d'abonnement correspondra donc, pour cette année, à 7/12 du tarif annuel fixé. À cet effet, veuillez compléter le "bon d'abonnement" et le retourner au CRSSSE accompagné de votre chèque avant le 14 août 1987 à l'attention de Mme France Massicotte-Dagenais.

REVUE DE PRESSE RÉGIONALE

BON D'ABONNEMENT

Période du: 31 août 1987 au 31 mars 1988

Nombre d'exemplaire désiré: _____

Destinataire désigné par le groupe ou l'organisme bénévole ou communautaire: _____
Nom, prénom

_____

_____
Adresse

_____
Téléphone

DEMANDE D'ABONNEMENT:

Notre groupe ou organisme désire recevoir la revue de presse régionale selon les spécifications indiquées ci-haut et nous acheminons au CRSSSE un chèque de _____$ à cet effet.

_____ _____
Date Signature de la personne autorisée

NOTE: À RETOURNER AU CRSSSE, ACCOMPAGNÉ DE VOTRE CHÈQUE, AVANT LE 14 AOÛT 1987, À L'ATTENTION DE MME FRANCE MASSICOTTE-DAGENAIS, 2424, RUE KING OUEST, SHERBROOKE (QUÉBEC) J1J 2E8 TÉLÉPHONE: (819) 566-7861

LES DERNIÈRES NOUVELLES

Bulletin d'information du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie

conçu et réalisé par le Secrétariat général - Service des communications

Coordination : Robert Courchesne
Conception et rédaction : Alain Couture
Robert Courchesne
France M.-Dagenais
Mise en page : Françoise Létourneau
Illustration de la page couverture: Lorraine Roy
Secrétariat : Françoise Létourneau

ETATS FINANCIERS

ÉTATS FINANCIERS ANNUELS 1986-1987

Rapport des vérificateurs

Aux membres du Conseil d'administration du
Conseil régional de la santé
et des services sociaux de l'Estrie

Nous avons vérifié le rapport financier annuel du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 1987, lequel a été présenté sur le formulaire AS-475 du ministère de la Santé et des Services sociaux de la Province de Québec, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Notre vérification a été effectuée conformément au mandat de vérification exposé à l'Annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux et conformément aux normes de vérification généralement reconnues, et a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances.

À notre avis:

Le Conseil régional s'est conformé aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux Règlements s'y rapportant relativement à ses revenus, ses dépenses et ses fonds gérés.

Le Conseil régional s'est conformé aux principes et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel, lesquels sont contenus dans le Cahier des définitions et explications s'y rapportant.

Les pratiques comptables du Conseil régional sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les procédures de contrôle interne suivies par le Conseil régional relatives aux données financières sont valables.

Le Conseil régional s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel présente fidèlement la situation financière du Conseil régional au 31 mars 1987, ainsi que ses revenus et dépenses et les données financières pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Sherbrooke, le 28 mai 1987.

Samson Bélair

Signature du vérificateur

NOTE AUX LECTEURS:

Extraits des états financiers du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie, tirés du formulaire AS-475, complétés par l'organisme et vérifiés par la firme Samson, Bélair.

Page

FONDS D'EXPLOITATION

. États des revenus et dépenses 187
. Bilan 188

FONDS D'IMMOBILISATIONS

. Bilan 189

FONDS DES SERVICES EN CLSC

. États des revenus et dépenses - Implantation de CLSC 190
. États des revenus et dépenses - Services à domicile 191
. États des revenus et dépenses - Autres programmes 191
. Bilan 192 et 193

FONDS DES ACTIVITÉS AUTOFINANCÉES

. États des revenus et dépenses 194 et 195
. Bilan 196
. Analyse du solde du fonds 197

FONDS GERÉS - AUTRES

. Bilans 198 à 203

FONDS D'EXPLOITATION

ÉTATS DES REVENUS ET DÉPENSES DU
1er AVRIL 1986 AU 31 MARS 1987

	1986-87	1985-86
REVENUS		
Subventions du MSSS		
. subventions régulières	1 806 709$	1 705 989$
. développement en informatique	21 196	Ø
Subventions du fonds d'interventions, études et analyses en santé communautaire	Ø	9 556
Subventions du fonds pour projets spéciaux à caractères régionaux	Ø	3 000
Subventions du fonds location d'espace	Ø	35 457
Revenus de loyer	1 547	8 511
Autres revenus	15 934	13 868
Intérêts	22 523	22 482
Total des revenus	1 867 909$	1 798 863$
DÉPENSES		
Salaires	1 284 041$	1 198 932$
Avantages sociaux	87 884	75 380
Frais de déplacement	33 301	37 617
Achat de services	127 212	130 002
Communications	50 876	50 898
Loyer	174 735	143 760
Fournitures et matériel	27 577	34 829
Immobilisations et équipements	77 125	126 608
Total des dépenses	1 862 751$	1 798 026$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	5 158$	837$

FONDS D'EXPLOITATION

BILAN
AU 31 MARS 1987

	1986-87	1985-86
ACTIF		
Encaisse	200$	200$
Placements et compte épargne	368 641	372 982
Comptes à recevoir	1 851	Ø
Subventions à recevoir	2 000	35 495
Frais payés d'avance	86	Ø
Intérêts à recevoir	1 216	1 380
TOTAL	373 994$	410 057$
PASSIF		
Subvention reportée	195 327$	260 000$
Comptes et frais courus à payer	141 725	137 412
Sous-total	337 052$	397 412$
SOLDE DU FONDS		
Solde au début de l'exercice	12 645$	11 808$
Augmentations:		
. Autres augmentations solde du fonds	24 600	Ø
. Excédent des revenus sur les dépenses	5 158	837
Diminutions:		
. Autres diminutions solde du fonds	5 461	Ø
Solde à la fin de l'exercice	36 942$	12 645$
TOTAL	373 994$	410 057$

FONDS D'IMMOBILISATIONS

BILAN
AU 31 MARS 1987

	1986-87	1985-86
ACTIF		
Immobilisations au coût:		
Mobilier et équipement	547 707$	470 582$
TOTAL	547 707$	470 582$
SOLDE DU FONDS		
Solde au début de l'exercice	470 582$	343 974$
Augmentations:		
Contributions du fonds d'exploitation	77 125$	126 608$
Solde à la fin de l'exercice	547 707$	470 582$
TOTAL	547 707$	470 582$

FONDS DES SERVICES EN CLSC

IMPLANTATION DE CLSC
SOMMAIRE
ÉTATS DES REVENUS ET DÉPENSES DU
1er AVRIL 1986 AU 31 MARS 1987

	1986-87	1985-86
REVENUS		
Subventions du MSSS	538 478$	340 360$
Intérêts	87 061$	70 540$
Total des revenus	625 539$	410 900$
DÉPENSES		
Salaires	Ø $	Ø $
Avantages sociaux	Ø	Ø
Frais de déplacement	1 169	3 175
Achat de services	4 200	25 810
Communications	1 388	8 797
Fournitures et matériel	907	29
Transferts	266 399	23 292
Achats d'immobilisations	53 083	Ø
Total des dépenses	327 146$	61 103$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	298 393$	349 797$

FONDS DES SERVICES EN CLSC

ÉTATS DES REVENUS ET DÉPENSES DU
1er AVRIL 1986 AU 31 MARS 1987

SERVICES À DOMICILE	1986-87	1985-86
REVENUS		
Subventions du MSSS	600 741$	1 318 242$
Subventions de l'OPHQ	110 130	Ø
Intérêts	7 391	13 395
Total des revenus	718 262$	1 331 637$
DÉPENSES		
Subventions aux établissements et organismes	700 223$	1 318 541$
Total des dépenses	700 223$	1 318 541$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	18 039$	13 096$

AUTRES PROGRAMMES	1986-87	1985-86
REVENUS		
Subventions du MSSS	1 200 477$	4 493 804 $
Intérêts	Ø	Ø
Total des revenus	1 200 477$	4 493 804 $
DÉPENSES		
Subventions aux établissements et organismes	1 200 477$	4 494 164 $
Total des dépenses	1 200 477$	4 494 164 $
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	Ø $	(360)$

FONDS DES SERVICES EN CLSC

BILAN
AU 31 MARS 1987

	IMPLANTATION DE CLSC	
	1986-87	1985-86
ACTIF		
Placements et compte épargne	529 338$	844 917$
Subventions à recevoir	Ø	6 910
Intérêts à recevoir	1 088	3 567
Avances aux CLSC	54 690	Ø
TOTAL	585 116$	855 394$
PASSIF		
Découvert de banque	Ø $	Ø $
Subventions à payer	Ø	19 634
Affectation du solde du fonds	585 116	835 760
Sous-total	585 116$	855 394$
SOLDE DU FONDS		
Solde au début de l'exercice	Ø $	Ø $
Augmentation:		
- Excédent des revenus sur les dépenses	298 393$	349 797$
Sous-total	298 393$	349 797$
Diminutions:		
- Excédent des dépenses sur les revenus	Ø $	Ø $
- Affectation du solde du fonds	298 393	349 797
Sous-total	298 393$	349 797$
Solde à la fin de l'exercice	Ø $	Ø $
TOTAL	585 116$	855 394$

	SERVICES À DOMICILE		AUTRES PROGRAMMES		TOTAL	
	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
	7 270$ 88 204 99 Ø	8 910$ 56 009 Ø Ø	162$ Ø Ø Ø	Ø $ 183 240 Ø Ø	536 770$ 88 204 1 187 54 690	853 827$ 246 159 3 567
	95 573$	64 919$	162$	183 240$	680 851$	1 103 553$
	Ø $ 35 580 Ø	Ø $ 21 765 Ø	Ø $ Ø Ø	137 735$ 45 343 Ø	Ø $ 35 580 585 116	137 735$ 86 742 835 760
	1 35 580$	21 765$	Ø $	183 078$	620 696$	1 060 237$
	43 154$	66 214$	162$	522$	43 316$	66 736$
	18 039$	13 096$	Ø $	Ø $	316 432$	362 893$
	18 039$	13 096$	Ø $	Ø $	316 432$	362 893$
	Ø $ 1 200	Ø $ 36 156	Ø $ Ø	360$ Ø	Ø $ 299 593	360$ 385 953
	1 200$	36 156$	Ø $	360$	299 593$	386 313$
	59 993$	43 154$	162$	162$	60 155$	43 316$
	95 573$	64 919$	162$	183 240$	680 851$	1 103 553$

FONDS DES ACTIVITÉS AUTOFINANCÉES

ÉTATS DES REVENUS ET DÉPENSES DU
1er AVRIL 1986 AU 31 MARS 1987

	ACHATS ET SERVICES EN COMMUNS	
	1986-87	1985-86
REVENUS		
Contributions des établis. et/ou participants	137 233$	133 300$
Intérêts	10 810	10 444
Autres revenus	2 450	660
Total des revenus	150 493$	144 404$
DÉPENSES		
Salaires	108 358$	103 207$
Avantages sociaux	7 638	7 193
Frais de déplacement	4 011	4 010
Achat de services	11 458	2 696
Communications	7 120	6 759
Fournitures et matériel	10 236	9 635
Total des dépenses	148 821$	133 500$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	1 672$	10 904$

	FORMATION ET PERFECTIONNEMENT		TOTAL	
	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
	30 243$	16 608 $	167 476$	149 908$
	Ø	Ø	10 810	10 444
	Ø	Ø	2 450	660
	30 243$	16 608 $	180 736$	161 012$
	Ø $	Ø $	108 358$	103 207$
	Ø	Ø	7 638	7 193
	Ø	Ø	4 011	4 010
	26 965	19 559	38 423	22 255
	Ø	Ø	7 120	6 759
	2 952	883	13 188	10 518
	29 917$	20 442 $	178 738$	153 942$
	326$	(3 834)$	1 998$	7 070$

FONDS DES ACTIVITÉS AUTOFINANCÉES

BILAN
AU 31 MARS 1987

	1986-87	1985-86
ACTIF		
Placements et compte épargne	131 139$	123 792$
Comptes à recevoir	4 334	Ø
Intérêts à recevoir	346	749
TOTAL	135 819$	124 541$
PASSIF		
Comptes et frais courus à payer	14 871$	Ø $
Dépôts de garantie	90 372	97 662
Sous-total	105 243$	97 662$
SOLDE DU FONDS		
Achats et services en communs	30 576$	29 404$
Formation et perfectionnement	Ø	(2 525)
Sous-total	30 576$	26 879$
TOTAL	135 819$	124 541$

FONDS DES ACTIVITÉS AUTOFINANCÉES

ANALYSE DU SOLDE DU FONDS
AU 31 MARS 1987

ACHATS ET SERVICES EN COMMUNS	1986-87	1985-86
SOLDE AU DÉBUT DE L'EXERCICE	29 404$	18 500$
Ajouter:		
Excédent des revenus sur les dépenses	1 672	10 904
Sous-total	1 672$	10 904$
Diminuer:		
Corrections aux années antérieures	500$	Ø $
Sous-total	500$	Ø $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	30 576$	29 404$

FORMATION ET PERFECTIONNEMENT	1986-87	1985-86
SOLDE AU DÉBUT DE L'EXERCICE	(2 525)$	1 309 $
Ajouter:		
Transfert du fonds d'opérations	2 199 $	Ø $
Excédent des revenus sur les dépenses	326	Ø
Sous-total	2 525 $	Ø $
Diminuer:		
Excédent des dépenses sur les revenus	Ø $	3 834 $
Sous-total	Ø $	Ø $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	Ø $	(2 525)$

FONDS GÉRÉS - AUTRES

SOMMAIRE DES BILANS AU 31 MARS 1987

	Immobilisations et équipements des CH		Immobilisations des CLSC, des CA et des CSS	
	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
ACTIF TOTAL	5 448 764$	3 193 647$	1 140 793$	695 275$
PASSIF Sous-total	5 448 764$	3 193 647$	1 140 793$	681 273$
SOLDE DU FONDS				
SOLDE AU DÉBUT	Ø $	23 381$	14 002$	28 681$
AUGMENTATIONS:				
Subventions du MSSS	2 335 930$	2 732 964$	581 900$	546 900$
Intérêts	8 583	120 172	79 300	70 624
Surplus sur engagements	113 241	114 643	53 872	133 467
Contributions des établissements	Ø	Ø	Ø	Ø
Autres	Ø	Ø	Ø	14 579
Sous-total	2 457 754$	2 967 779$	715 072$	765 570$
DIMINUTIONS:				
Autorisations et/ou subventions	1 404 504$	1 941 858$	729 074$	776 058$
Contributions aux établissements	1 053 250	1 041 482	Ø	Ø
Intérêts sur emprunt	Ø	1 589	Ø	Ø
Autres	Ø	6 231	Ø	4 191
Sous-total	2 457 754$	2 991 160$	729 074$	780 249$
SOLDE À LA FIN	Ø $	Ø $	Ø $	14 002$
TOTAL	5 448 764$	3 193 647$	1 140 793$	695 275$

Équipements des CLCS, des CA et des CSS		Locations d'espace		Services ambulanciers	
1986-87	1985-86	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
783 367$	756 522$	261 121$	410 603$	153 772$	146 880$
783 367$	756 522$	201 614$	143 327$	115 359$	90 004$
Ø $	Ø $	267 276$	317 355$	56 876$	33 258$
432 900$	540 600$	1 458 300$	1 036 680$	745 360$	602 563$
58 811	60 162	39 356	64 178	5 508	14 893
13 484	10 161	Ø	Ø	Ø	Ø
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Ø	1 658	Ø	857	2 400	28 585
505 195$	612 581$	1 497 656$	1 101 715$	753 268$	646 041$
505 195$	612 581$	1 455 425$	1 085 959$	714 049$	592 286$
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Ø	Ø	250 000	65 835	57 682	30 137
505 195$	612 581$	1 705 425$	1 151 794$	771 731$	622 423$
Ø $	Ø $	59 507$	267 276$	38 413$	56 876$
783 367$	756 522$	261 121$	410 603$	153 772$	146 880$

FONDS GÉRÉS - AUTRES

SOMMAIRE DES BILANS AU 31 MARS 1987

	Travaux communautaires		Centres hospitaliers	
	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
ACTIF TOTAL	200 346$	71 583$	Ø $	Ø $
PASSIF Sous-total	53 837$	68 463$	Ø $	Ø $
SOLDE DU FONDS				
SOLDE AU DÉBUT	3 120$	(40 321)	Ø $	Ø $
AUGMENTATIONS:				
Subventions du MSSS	330 486$	273 370$	Ø $	49 500$
Intérêts	6 770	4 203	Ø	
Surplus sur engagements	78 803	65 934	Ø	Ø
Contributions des établissements	Ø	Ø	Ø	Ø
Autres	Ø	Ø	Ø	Ø
Sous-total	416 059$	343 507$	Ø $	49 500$
DIMINUTIONS:				
Autorisations et/ou subventions	270 805$	300 066$	Ø $	49 500$
Contributions aux établissements	Ø	Ø	Ø	Ø
Intérêts sur emprunt	Ø	Ø	Ø	Ø
Autres	1 865	Ø	Ø	Ø
Sous-total	272 670$	300 066$	Ø $	49 500$
SOLDE À LA FIN	146 509$	3 120$	Ø $	Ø $
TOTAL	200 346$	71 583$	Ø $	Ø $

	Centres d'accueil d'hébergement		Services de réadaptation		Ressources alternatives en santé mentale		Projets spéciaux à caractères régionaux	
	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
	Ø $	Ø $	515 999$	840 796$	40 010$	49 952$	Ø $	86 866$
	Ø $	Ø $	424 202$	840 796$	39 433$	49 952$	68$	87 000$
	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $	19 523$	(134)	810$
	33 333$	Ø $	20 534 735$	19 600 602$	Ø $	80 186$	Ø $	Ø $
	Ø	Ø	Ø	Ø	1 577	2 875	891	3 362
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	16 541
	Ø	Ø	Ø	Ø	15 000	Ø	8 175	78 000
	Ø	Ø	Ø	Ø	20 000	Ø	Ø	Ø
	33 333$	Ø $	20 534 735$	19 600 602$	36 577$	83 061$	9 066$	97 903$
	33 333$	Ø $	20 442 938$	19 600 602$	36 000$	96 648$	9 000$	98 847$
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	5 936	Ø	Ø
	33 333$	Ø $	20 442 938$	19 600 602$	36 000$	102 584$	9 000$	98 847$
	Ø $	Ø $	91 797$	Ø $	577$	Ø $	(68)	(134)
	Ø $	Ø $	515 999$	840 796$	40 010$	49 952$	Ø $	86 866$

FONDS GÉRÉS - AUTRES

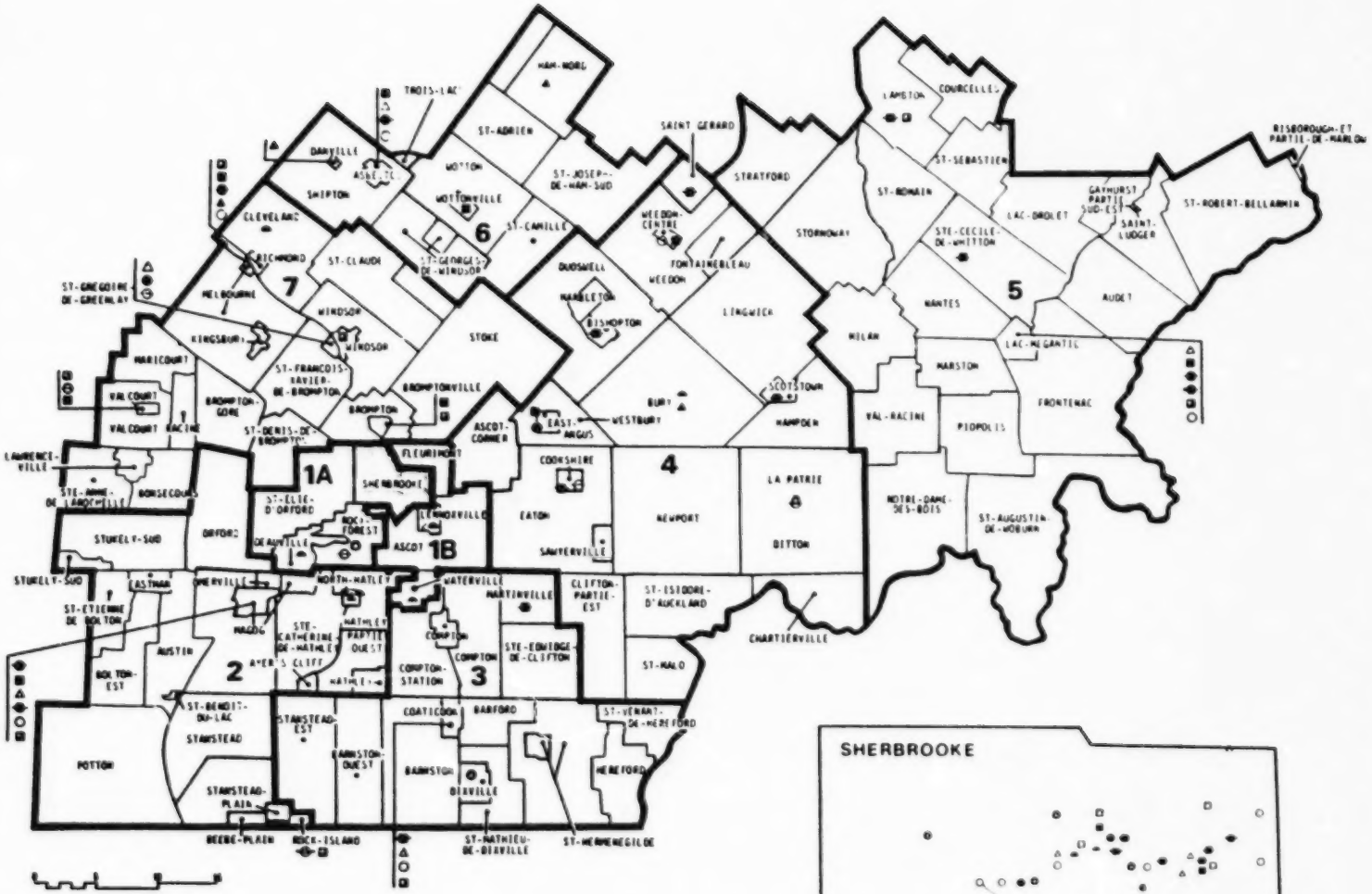
SOMMAIRE DES BILANS AU 31 MARS 1987

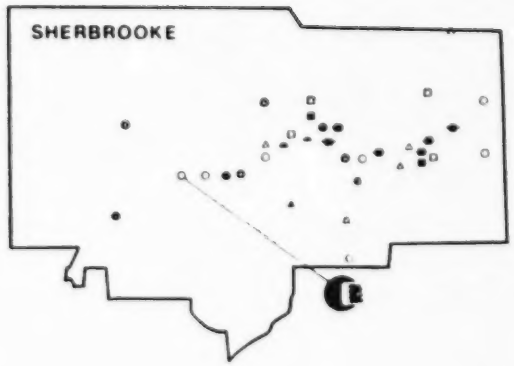
	Interventions, études & analyses en santé communautaires	
	1986-87	1985-86
ACTIF TOTAL	193 142$	117 854$
PASSIF Sous-total	180 267$	110 110$
SOLDE DU FONDS		
SOLDE AU DÉBUT	7 744$	1 442$
AUGMENTATIONS:		
Subventions du MSSS	165 449$	130 856$
Intérêts	14 682	14 302
Surplus sur engagements	Ø	Ø
Contributions des établissements	Ø	Ø
Autres	Ø	Ø
Sous-total	180 131$	145 158$
DIMINUTIONS:		
Autorisations et/ou subventions	175 000$	138 856$
Contributions aux établissements	Ø	Ø
Intérêts sur emprunt	Ø	Ø
Autres	Ø	Ø
Sous-total	175 000$	138 856$
SOLDE À LA FIN	12 875$	7 744$
TOTAL	193 142$	117 854$

	Développement de services dans la MRC du Val St-François		Projets spéciaux financés par le MSSS		Système régional d'admission	
	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86	1986-87	1985-86
	456 952$	Ø $	23 440$	Ø $	1 463$	Ø $
	262 314	Ø $	Ø $	Ø $	782$	Ø $
	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $
	516 000$	Ø $	23 440$	Ø $	Ø $	Ø $
	8 266	Ø	Ø	Ø	317	Ø
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
	10 000	Ø	Ø	Ø	25 000	Ø
	343 400	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
	877 666$	Ø $	23 440$	Ø $	25 317$	Ø $
	683 028	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $	Ø $
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
	Ø	Ø	Ø	Ø	24 636	Ø
	683 028	Ø $	Ø $	Ø $	24 636$	Ø $
	194 638	Ø $	23 440$	Ø $	681$	Ø $
	456 952	Ø $	23 440$	Ø $	1 463$	Ø $

ANNEXES

LA CARTE SOCIO-SANITAIRE DE L'ESTRIE





LÉGENDE :

- △ Centre hospitalier
- ■ Centre d'accueil d'hébergement
- ◐ Centre d'accueil de réadaptation
- ○ Centre local de services communautaires
- ● Centre de services sociaux
- □ Centre d'accueil de réadaptation privé
- ▲ Centre d'accueil d'hébergement privé conventionné
- ◓ Centre d'accueil d'hébergement privé autofinancé
- ⊙ Centre régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- ◘ Centre de jour
- — Ce trait sur un symbole indique soit un point de services, un atelier ou un pavillon.

- 1A MRC de Sherbrooke (partie ouest)
- 1B MRC de Sherbrooke (partie est)
- 2 MRC de Memphremagog
- 3 MRC de Coaticook
- 4 MRC du Haut-St-François
- 5 MRC du Granit
- 6 MRC de L'Or Blanc
- 7 MRC du Val St-François

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS DE SANTÉ

ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

(Incluant les points de services, les ateliers et les pavillons)

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX

- Centre de services sociaux de l'Estrie (Siège social: Sherbrooke)
    - . Point de services d'Asbestos
    - . Point de services de Lac-Mégantic
    - . Point de services de Magog
    - . Point de services de Sherbrooke (13e avenue Nord)

CENTRES D'ACCUEIL DE RÉADAPTATION

PUBLICS

- Centre d'accueil Dixville (Dixville)
    - . Atelier Dixville (Sherbrooke)
- Centre de réadaptation Estrie inc. (Siège social: Sherbrooke)
    - . Atelier du Haut St-François (East Angus)
    - . Atelier Jacques-Cartier (Sherbrooke)
    - . Atelier King Ouest (Sherbrooke)
    - . Atelier Val St-François (Windsor)
    - . Le Sept de Trèfle (Lac-Mégantic)
    - . L'Étincelle (Asbestos)
    - . Service de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle
    - . Service de réadaptation à l'école Le Touret
    - . Service d'ergothérapie
    - . Service de réinsertion
- Centre Notre-Dame-de-l'Enfant (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe Aéroport (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe Deneault (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe Morin (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe Westmount (Sherbrooke)
- Institut Val-du-Lac (Rock Forest)
- La Maison St-Georges (Sherbrooke)
- Le Relais St-François (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe L'Envol (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe L'Accès (Sherbrooke)
    - . Foyer de groupe Kelly (Sherbrooke)

PRIVÉ

- La Villa Marie-Claire (Sherbrooke)

CENTRES D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT

PUBLICS

- Centre d'accueil de Wotton (Wottonville)
- Domaine de La Sapinière (East Angus)
  - . Pavillons: La Villa du Repos (Bishopton)
  - . Pavillon St-Camille (Cookshire)
- Foyer d'Asbestos (Asbestos)
- Foyer de Bromptonville (Bromptonville)
- Foyer de Valcourt (Valcourt)
- Foyer de Weedon (Weedon)
  - . Pavillons: Foyer Rose-Marie (Scotstown)
  - Pavillon St-Gérard (St-Gérard)
- Foyer Richmond (Richmond)
- Foyer du Sacré-Coeur de Magog (Magog)
  - . Pavillon: Pavillon Place Victoria
- Foyer St-Joseph de Sherbrooke (Sherbrooke)
  - . Pavillons: Pavillon Catherine (Sherbrooke)
  - Pavillon Lacroix (Sherbrooke)
  - Pavillon St-Gabriel (Martinville)
- La Maison paternelle (Lac-Mégantic)
  - . Pavillon: Pavillon Ste-Cécile (Ste-Cécile de Whitton)
- La Résidence de l'Estrie de Sherbrooke (Sherbrooke)
  - . Pavillons: Foyer Raby (Sherbrooke)
  - Pension Jeanne-d'Arc-Godbout (Sherbrooke)
  - Résidence Patrice-Fontaine (Sherbrooke)

PRIVÉS CONVENTIONNÉS

- Foyer Ste-Anne-Marie (Danville)
- La Maison Blanche de North Hatley (North Hatley)
- La Maison Reine-Marie (Sherbrooke)
- Résidence Castel Claire-Mathieu (Bury)
- Résidence Melbourne (Richmond)

PRIVÉS AUTOFINANCÉS

- Centre d'accueil Deauville (Deauville)
- Foyer de Waterville
- Foyer Grace Christian (Lennoxville)
- Foyer Maisonneuve (Sherbrooke)
- Foyer Wales (Cleveland)
- Mont Saint-Dominique (Sherbrooke)
- Pension Oasis (Sherbrooke)
- Résidence 55 Brooks (Sherbrooke)
- Résidence Rolling Hills (Lennoxville)
- St-Paul Rest Home (Bury)

CENTRES HOSPITALIERS

CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DURÉE

- Centre hospitalier d'Asbestos (Asbestos)
- Centre hospitalier de Sherbrooke (Sherbrooke)
- Centre hospitalier Lac-Mégantic (Lac-Mégantic)
- Centre hospitalier St-Vincent-de-Paul (Sherbrooke)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Sherbrooke)
- Hôpital La Providence de Magog (Magog)
- Hôtel-Dieu de Sherbrooke (Sherbrooke)

CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

- Centre hospitalier de Coaticook (Coaticook)
  (Secteur hébergement: Foyer Boiscaltel)
- Hôpital d'Youville (Sherbrooke)
  (Hôpital de jour)
- Hôpital St-Louis-de-Windsor (Windsor)

CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

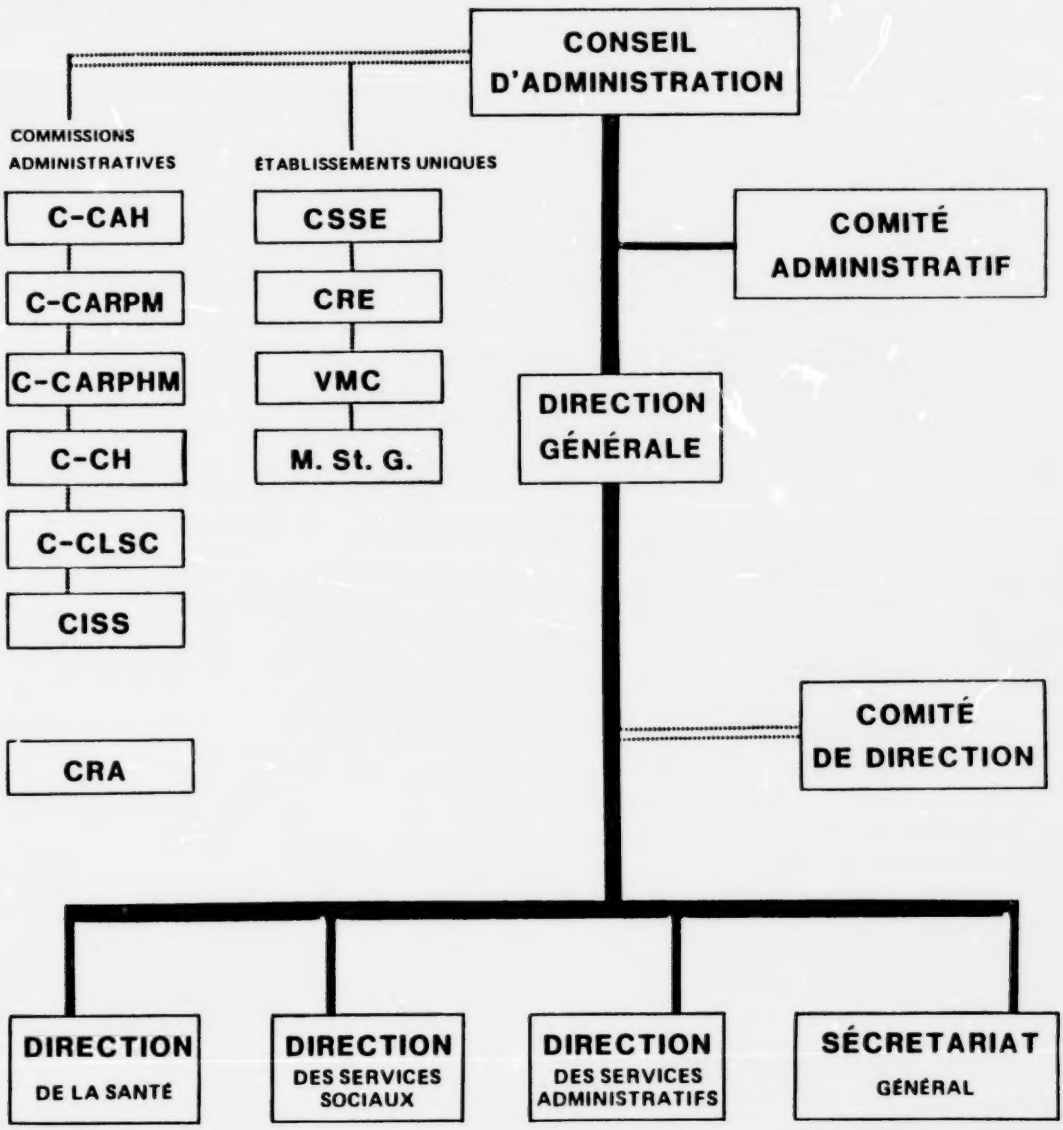
- CLSC Albert-Samson (Coaticook)
- CLSC Alfred-Desrochers (Siège social: Magog)
  - Points de services de Magog
  - Points de services de Rock Island
- CLSC du Val Saint-François (Siège social: Richmond)
  - Point de services de Richmond
  - Point de services de Valcourt
  - Point de services de Windsor
- CLSC Fleur de Lys (Siège social: Weedon)
  - Point de services d'East Angus
  - Point de services de Cookshire
  - Point de services de La Patrie
  - Point de services de Weedon
- CLSC Gaston-Lessard (Siège social: Sherbrooke)
  - Point de services de Lennoxville
  - Point de services de Sherbrooke
- CLSC La Chaumière (Asbestos)
- CLSC Maria-Thibault (Siège social: Lac-Mégantic)
  - Point de services de Lac-Mégantic
  - Point de services de Lambton
- CLSC SOC (siège social: Sherbrooke)
  - Trois points de services à Sherbrooke
  - Point de services à Rock Forest

CENTRES DE JOUR

- Foyer St-Joseph de Sherbrooke
- La Résidence de l'Estrie de Sherbrooke
- Foyer Sacré-Coeur de Magog
  - Point de services à Magog
  - Point de services à Rock Island*
- La Maison paternelle (Lac-Mégantic)
  - Point de services à Lac-Mégantic
  - Point de services à Lambton
- Centre hospitalier de Coaticook
- Foyer Richmond
  - Point de services au Foyer Richmond
  - Point de services à l'Hôpital St-Louis de Windsor*
  - Point de services au Foyer de Bromptonville*
  - Point de services au Foyer de Valcourt

* Ouverture à l'automne 1987

ORGANIGRAMME



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Collèges électoraux et membres

Membre élu par le Centre de services sociaux de l'Estrie
BERNARD LAMY - conseiller

Membre élu par les CEGEP
JEAN-JACQUES LAFONTAINE

Membre élu par les centres d'accueil
MARGITA SPRAJCER

Membre élu par les centres hospitaliers
CLÉMENT TREMBLAY

Membre élu par les CLSC
RAYNALD DODIER - conseiller

Membre élu par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
JEAN-YVES HAMEL

Membre élu par les directeurs généraux
NORMAND SIMONEAU

Membre élu par les organismes bénévoles
ALINE FORTIER

Membre élu par les universités
JACQUELINE E. KOURI

Membres élus par les maires des municipalités
GILLES CASTONGUAY - vice-président
JEAN-YVES LAFLAMME

Membres nommés par la ministre de la Santé et des Services sociaux
VALÉRIE COURCHESNE
DENISE LALANCETTE - présidente
RÉAL N.-BÉLANGER

Membre d'office
ALBERT PAINCHAUD

LES COMMISSIONS

La C-CARPHM

ÉTABLISSEMENTS ET REPRÉSENTANTS

Centre d'accueil Dixville
CLAUDE LAPOINTE - vice-président

Centre de réadaptation Estrie inc.
GILLES SERVANT - secrétaire

Centre Notre-Dame de l'Enfant
MARGITA SPRAJCER - présidente

Office des personnes handicapées du Québec
CHRISTINE OUELLET

CRSSSE

JEAN-CLAUDE DE L'ORME - représentant du directeur général

JACQUES DUCHESNEAU - personne-ressource

La C-CARPM

ÉTABLISSEMENTS ET REPRÉSENTANTS

Institut Val-du-Lac
MAURICE DUPUIS - secrétaire
ÉGIDE GODBOUT - président

Relais St-François
CLAUDE RABY
JACQUES LECLERC

CRSSSE

JEAN-CLAUDE DE L'ORME - représentant du directeur général

JACQUES DUCHESNEAU - personne-ressource

La C-CAH

ÉTABLISSEMENTS ET REPRÉSENTANTS

Centre d'accueil de Wotton
NORMAND BREAULT - secrétaire

CH de Coaticook (Secteur hébergement)
JEAN-NIL DROLET

Domaine de la Sapinière
ROGER COUTURE

Foyer d'Asbestos
JEAN-YVES POISSON - président

Foyer de Bromptonville
COME BERGERON

Foyer de Valcourt
SR ROLLANDE BERNIER

Foyer du Sacré-Coeur
ROBERT BOISVERT

Foyer Richmond
REAL VEILLEUX

Foyer St-Joseph de Sherbrooke
COME BERGERON

Foyer Ste-Anne-Marie inc.
JEAN-BERNARD BREAULT

Foyer Weedon
FALCONIO TARDIF

La Maison blanche de North Hatley
BERTRANDE LAVOIE - vice-présidente

La Maison paternelle
FERNAND GRENIER

La Maison Reine-Marie
YOLAND GRÉGOIRE

La Résidence de l'Estrie de Sherbrooke
RÉAL JACQUES

Résidence Castel Claire-Mathieu
CLAIRE M. VOYER

Résidence Melbourne
JEANNINE ROCHON

CRSSSE

JEAN-CLAUDE DE L'ORME - représentant du directeur général

RAYMOND LÉPINE - personne-ressource

La C-CH

ÉTABLISSEMENTSS ET REPRÉSENTANTS

CH d'Asbestos
PAUL-AIMÉ JACQUES

CH de Coaticook
JEAN-NIL DROLET

CH de Sherbrooke
DAVID MACKENZIE - président

CH Lac-Mégantic
RAYMOND LACROIX

CH St-Vincent-de-Paul
ROLAND GAUTHIER

CHUS
NORMAND SIMONEAU

Hôpital d'Youville
GAETAN COLLARD

Hôpital La Providence de Magog
CLAUDE NOËL

Hôpital St-Louis-de-Windsor
GAETAN BEAUCHESNE

Hôtel-Dieu de Sherbrooke
YVES ROBITAILLE - vice président

Université de Sherbrooke (Faculté de médecine)
GILLES PIGEON

CRSSSE

MICHEL DUBREUIL - représentant du directeur général

GUY LÉVESQUE - représentant du directeur général
(secteur - immobilisations)

NORMAND COUTURE - personne-ressource

GILLES GILBERT - personne-ressource

DENIS LAMONTAGNE - personne-ressource
(secteur - immobilisations)

La C-CLSC

ÉTABLISSEMENTS ET REPRÉSENTANTS

CLSC Albert-Samson
ROSAIRE PROVENCHER

CLSC Alfred-Desrochers
JEAN LAVIGNE

CLSC du Val St-François
IRÈNE DÉSILET
PIERRE LALANDE - président

CLSC Fleur de Lys
GUY DUFRESNE
ROGER LAPLANTE

CLSC Gaston-Lessard
BERNARD HOULE
JACQUES LACROIX

CLSC La Chaumière
RAYNALD DODIER
GAÉTAN SÉVIGNY - secrétaire

CLSC Maria-Thibault
LYNE LALIBERTÉ
JOCELYN OUELLET - vice-président

CLSC SOC
JAIME BORJA
LILIANE PAGÉ

Département de santé communautaire (CHUS)
GINETTE DORVAL

CRSSSE

JEAN-CLAUDE DE L'ORME - représentant du directeur général

JACQUES COUTURE - personne-ressource

La CISS

MEMBRES PROVENANT DES ÉTABLISSEMENTS

CLAUDE TANGUAY - président

PAUL LEVASSEUR

CLAUDE BOUCHARD

LUCIE DOMINGUE - vice-présidente

JEAN PROTEAU

MICHEL PANKERT

RÉAL JACQUES

MEMBRES PROVENANT DU CRSSSE

GUY LÉVESQUE - représentant du directeur général

DENIS LAMONTAGNE - personne-ressource

La CRA

MEMBRES PROVENANT DES ÉTABLISSEMENTS

NORMAND BREAULT

CLAUDE CLOUTIER

RICHARD HÉBERT - vice-président

PAUL-AIMÉ JACQUES

ALBERT KRATZENBERG - président

RAYMOND LACROIX

PHILIPPE SHARPE

NORMAND SIMONEAU

RÉAL VEILLEUX

MEMBRES PROVENANT DU CRSSSE

GUY LÉVESQUE - directeur des services administratifs

JACQUES LEVESQUE - cadre-conseil aux approvisionnements

LE PERSONNEL

DIRECTION GÉNÉRALE

ALBERT PAINCHAUD - directeur général

FRANCINE DUBÉ - secrétaire

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

ROBERT COURCHESNE - secrétaire général

ALAIN COUTURE - cadre-conseil aux communications

FRANCE DAGENAIS - technicienne-documentaliste

LISE DION - agente à la formation et aux travaux communautaires

HÉLÈNE FAUTEUX - secrétaire

FRANCE LANDRY - secrétaire

FRANÇOISE LÉTOURNEAU - secrétaire

CHANTAL MARCEAU - secrétaire

PAUL MILLIARD - cadre-conseil à la formation, au perfectionnement, aux services ambulanciers et aux mesures d'urgence

GINETTE NOËL - chargée de projet à la condition de vie des femmes et aux organismes bénévoles et communautaires

PIERRE ROY - cadre-conseil aux organismes bénévoles et communautaires et à la condition de vie des femmes

ISABELLE ST-LAURENT - secrétaire

ANDRÉ TOUSIGNANT - conseiller aux services ambulanciers et aux mesures d'urgence

DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

GUY LÉVESQUE - directeur

JASMINE ALLARD - secrétaire-commis

DENIS BEAUCHEMIN - architecte-stagiaire aux immobilisations

LAURENCE CARETTE - secrétaire-réceptionniste

ÉLISABETH DUBOIS - secrétaire

JOSÉE LAFLAMME - secrétaire

JACQUES LAMBERT - technicien aux approvisionnements

DENIS LAMONTAGNE - cadre-conseil aux immobilisations

JACQUES LEVESQUE - cadre-conseil aux approvisionnements

BRIGITTE MARQUIS - secrétaire

COLETTE PERKINS - secrétaire

ROBERT PERRON - technicien aux immobilisations

ANNE PROULX - secrétaire

DENIS ROBERT - cadre-conseil à la gestion comptable

FRANCINE TALBOT - technicienne en administration

DIRECTION DE LA SANTÉ

MICHEL DUBREUIL - directeur

NORMAND COUTURE - cadre-conseil à l'informatique et aux programmes de santé

GILLES GILBERT - cadre-conseil aux programmes de santé

YOLANDE FAUTEUX - secrétaire

ALAIN LEVASSEUR - chargé de projet pour le Colloque sur le suicide

SUZANNE PERRON - secrétaire

DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX

JEAN-CLAUDE DE L'ORME - directeur

LOUISE AUBIN - secrétaire

JASMIN BRETON - cadre-conseil à la budgétisation

NICOLE CALVERT - secrétaire

SYLVIE CAMIRÉ - secrétaire

JEAN CHAILLER - agent de liaison

JACQUES COUTURE - cadre-conseil aux services communautaires, à la consultation et la protection sociale

DEMERS CAROLE - secrétaire

JACQUES DUCHESNEAU - cadre-conseil à la réadaptation

LISE LAFRENIÈRE - secrétaire

RAYMOND LÉPINE - cadre-conseil à l'hébergement

GINETTE ST-HILAIRE - coordonnatrice aux admissions